

PSYKIATRISEN POTILAAN KOHTAAMINEN  
SISÄTAUTIEN OSASTOLLA

Piia Kuru  
Marika Pentti

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Sairaanhoitaja (AMK)

2016

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutusohjelma

---

<b>Tekijä</b>	Piia Kuru ja Marika Pentti	Vuosi	2016
<b>Ohjaaja</b>	Sirkka Havela		
<b>Toimeksiantaja</b>	Lapin sairaanhoitopiiri		
<b>Työn nimi</b>	Psykiatrisen potilaan kohtaaminen osastolla	sisätautien	
<b>Sivu- ja liitesivumäärä</b>	56 + 4		

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sisätautien osastolla työskentelevien hoitajien valmiuksia kohdata psykiatrisen potilas sekä arvioitu lisäosaamisen tarve. Tavoitteenamme oli tuottaa tietoa hoitotyön kehittämiseen sekä nostaa esiin hoitajien kehittämisideoita hoitotyön tueksi. Tässä opinnäytetyössä psykiatrisella potilaalla tarkoitetaan jo psykiatrisen diagnoosin omaavaa ihmistä. Työn ulkopuolelle jäivät päihde- tai huumeriippuvuuksia sairastavien ihmisten kohtaaminen.

Psykiatrisen diagnoosin omaava ihminen on alttiimpi sairastumaan erilaisille somaattisille sairauksille kuin muu väestö. Hän saa niihin heikompa hoitoa ja menehtyy todennäköisesti muuta väestöä aikaisemmin. Terveiden ja hoidon eriarvoisuutta osaltaan selittää potilaan haitalliset elintavat, huono sitoutuminen hoitoon ja psyykenlääkkeiden haittavaikutukset, mutta osittain myös psykiatrisen sairauden mukanaan tuoma häpeäleima ja vuorovaikutuksen esteet, jotka vaikuttavat hoitotyöhön ja sen laatuun.

Tutkimus oli määrällinen, johon liittyvä kysely toteutettiin paperisella lomakkeella. Kysely toteutettiin Lapin keskussairaalan sisätautien osastoilla 5A ja 5B, joissa työskenteli yhteensä 74 hoitajaa. Hoitajista 32 vastasi kyselylomakkeeseen. Vastausprosentiksi muodostui näin ollen 42.

Tulosten perusteella hoitajat ovat halukkaita kehittämään omaa osaamistaan psykiatristen potilaiden kohdalla. Vastajat nostivat esiin erilaisia kehittämisehdotuksia kuten pienimuotoisia koulutuksia, työnkiertoa ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä. Tämä osoittaa myös sen, että hoitajat ovat motivoituneita tarjoamaan potilailleen laadukasta hoitoa ja huomioimaan potilaat kokonaisvaltaisesti.

Asiasanat

holistinen ihmiskäsitys, psykiatrisen potilaan kohtaaminen, tasa-arvoinen hoitotyö, hoitotyön osaaminen

School of Social Services, Health and Sports  
Degree programme in Nursing and Health  
Care

---

<b>Author</b>	Piia Kuru and Marika Pentti	Year	2016
<b>Supervisor</b>	Sirkka Havela		
<b>Commissioned by</b>	The Lapland Hospital District		
<b>Subject of thesis</b>	Encountering a Psychiatric Patient on the Internal Medicine Ward		
<b>Number of pages</b>	56 + 4		

---

The purpose of this thesis was to examine the nurses' preparedness to encounter psychiatric patients on the internal medicine ward and to discover the education needs. The aim of this thesis was to provide information for the development of nursing and to highlight nurses' ideas for improving nursing. In this thesis a psychiatric patient is a person with a psychiatric diagnosis. Face a person suffering from an alcohol or a drug addiction was excluded in this thesis.

A person with a psychiatric diagnosis is in a greater risk to get a somatic illness compared to the population, he gets poorer care and passes away sooner. An inequality of health and care is often explained with the harmful way of life, a poor commitment to the care and the side effects of the antipsychotics. Also stigma and barriers in interaction have their effect on the care and its quality.

The material was gathered by a quantitative method with a paper questionnaire in the Lapland's Central Hospital wards 5A and 5B in January and February 2016. 74 copies of the questionnaires were delivered to the wards and 32 copies were answered and returned. The response rate was 42 %.

The results show that the staff members are willing to develop their capability to encounter the psychiatric patients. The respondents also gave some developing ideas such as meeting an expert by experience, a small-scale education and a job rotation on how to improve their skills. This shows that the nurses are motivated to provide a high-quality and comprehensive care.

**Key words** holistic idea of man, encountering a psychiatric patient, equal care, nursing knowledge and competences

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	PSYKIATRISEN POTILAAN KOHTAAMINEN SOMAATTISELLA OSASTOLLA.....	7
2.1	Holistinen ihmiskäsitys hoitotyössä .....	7
2.1.1	Tajunnallisuus ja mielenterveys.....	8
2.1.2	Kehollisuus ja somaattinen sairastavuus.....	11
2.1.3	Situationaalisuus ja stigma .....	13
2.2	Sairaanhoitajan valmius kohdata psykiatrinen potilas .....	15
2.2.1	Vuorovaikutus .....	16
2.2.2	Eettisyys .....	18
2.2.3	Asenne ja arvo.....	20
2.2.4	Tasa-arvo.....	21
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	24
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	25
4.1	Määrällinen tutkimus.....	25
4.2	Tutkimuksen kohderyhmä.....	26
4.3	Aineiston hankinta .....	26
4.4	Aineiston analyysi .....	28
5	TUTKIMUSTULOKSET .....	30
5.1	Vastaajien taustatiedot .....	30
5.2	Psykiatristen potilaan kohtaaminen hoitajien arvioimana .....	31
5.3	Psykiatristen potilaiden hoito hoitajien arvioimana .....	34
5.4	Osaamisen arviointi ja lisäkoulutuksen tarve.....	37
6	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	41
7	POHDINTA.....	45
7.1	Oma ammatillinen kehittyminen.....	45
7.2	Johtopäätökset .....	47
7.3	Jatkotutkimushaaste .....	50
8	LÄHTEET .....	51
	LIITTEET.....	56

## 1 JOHDANTO

Ihminen on holistisen ihmiskäsityksen mukaan kokonaisuus, joka muodostuu kolmesta olemisen ulottuvuudesta; tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus. Jokaisesta ihmisestä löytyy kaikki kolme ulottuvuutta samanaikaisesti huolimatta mahdollisista fyysisistä tai psyykkisistä sairauksista. (Rauhala 2014, 74.) Psykiatrisen potilaan kohdalla nämä ulottuvuudet korostuvat, sillä psykiatriseen sairauteen liittyy runsaasti fyysistä sairautta, negatiivisia asenteita ja stigmatisointia. Sairaanhoidajalta vaaditaan runsaasti eettistä osaamista, vuorovaikutustaitoja ja positiivista asennoitumista kohdata psykiatrisen potilas. Näistä muodostuu työmme teoreettinen osa.

Mielenterveysyhdistys HELMI ry julkaisi toukokuussa 2012 tiedotteen, jossa he tuovat esiin huolen psykiatrisen potilaan saamasta somaattisesta hoidosta. Eri-tyisen huolestuttavana HELMI ry pitää tilastotietoa, jonka mukaan psykiatrisen sairauden omaava ihminen elää merkittävästi lyhyemmän elämän kuin väestö keskimäärin. Mediuutisten haastatteleman Tampereen kaupungin psykiatrisen avohoidon ylilääkäri Päivi Kiviniemi toteaa, että psykiatrisen sairaus ei ole välttämättä kuolemaksi, mutta potilaiden somaattiset sairaudet lyhentävät elinikää. Myös Sajama (2015) tuo asian esille TEHY:n lehdessä julkaistussa artikkelissaan 'Toisen luokan potilaita', jossa todetaan psykiatrisen sairauden luovan rajuisimman eriarvoisuuden ihmisten välille kuin mikään muu sairaus.

Mitchell, Malone & Doebbeling (2009) mukaan eriarvoisuus hoidossa tunnustetaan ja tunnustetaan potilasryhmien välillä. Viertiö kollegoineen (2012) tutkivat psykoosisairauksiin liittyvää fyysistä sairastavuutta ja eroja on eritoten tyyppin 2 diabeteksen, metabolisen oireyhtymän, verenpaineen, HDL-kolesterolipitoisuuden sekä vyötärönympäryksen osalta verrattuna koko väestöön. Onkin osoitettu, että psykiatrista sairautta sairastavilla ihmisillä on suurempi riski sairastua kansantauteihin kuin muulla väestöllä. Yhtenä syynä sairastavuuteen on, ettei sairauksia tunnusteta ajoissa eikä hoideta riittävästi. (Huttunen 2008a).

Parhailaan työn alla oleva Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on kaventaa eroja ihmisten hyvinvoinnissa ja terveydessä, parantaa palvelujen yhdenvertai-

suutta ja saatavuutta (Sote- ja aluehallintouudistus 2016). Lapin sairaanhoitopiirin Sote-valmistelun kehityskohteena ovat asiakaslähtöiset ja yhdenvertaiset palvelut huomioiden psykososiaalisten palveluiden yhtenäistäminen (Lapin sairaanhoitopiiri 2016a). Myös Niemelä ja Blanco-Sequeiros (2015) peräänkuuluttavat liikkuvaa, joustavaa ja integroituvaa psykiatria sekä erikoisalojen yhteistyötä.

Somaattisilla osastoilla työskentelevien sairaanhoitajien valmiutta kohdata mielenterveyspotilas on käsitelty niukasti, kun taas mielenterveystyötä tekevän hoitajan somaattista valmiutta sen sijaan on tutkittu runsaammin ja aiheesta löytyy tietoa. Sairaanhoitajan vähimmäisosaamisen yhtenä osa-alueena on valmius kohdata mielenterveyden häiriötä sairastava ihminen eri hoitoympäristöissä (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 40).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sisätautien osastolla työskentelevien hoitajien valmiuksia kohdata psykiatrinen potilas sekä arvioitu lisäosaamisen tarve. Tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitotyön kehittämiseen sekä nostaa esiin hoitajien kehittämisideoita hoitotyön tueksi. Tässä työssä psykiatrisella potilaalla tarkoitetaan jo psykiatrisen diagnoosin omaavaa ihmistä. Päihde- tai huumeriippuvuudet on rajattu työn ulkopuolelle.

## 2 PSYKIATRISEN POTILAAN KOHTAAMINEN SOMAATTISELLA OSASTOLLA

### 2.1 Holistinen ihmiskäsitys hoitotyössä

Ihminen ja ihmisen olemassaolo on kiinnostanut kautta aikojen ja aihetta on pyritty ymmärtämään erilaisten ihmiskäsitysten kautta. Ihmiskäsityksellä tarkoitetaan yksilön tai yhteisön käsitystä siitä mikä ihminen on. Yksilön ihmiskäsitys paljastaa perusasenteen, joka on jokaisessa mukana ihmissuhteessa yleensä tiedostamatta. Perusasenneoituminen sisältää erilaisia aineksia, kuten kulttuuri-perinteen vaikutuksia, teoreettista tietoa ihmisestä, uskomusten ja ideologioiden mukaisia arvostuksia ja kokemukseen perustuvia tietoja. (Rauhala 2014, 18.) Kasvatus ja koulutus vaikuttavat yksilön ihmiskäsitykseen ja se muokkaantuu läpi elämän (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 43).

Jokaisella hoitotyötä tekevällä on oma ihmiskäsityksensä, joka ilmenee asenteissa ja vaikuttaa työskentelytapaan (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 43). Hoitotyö on monesti tiimityötä, jossa korostuu holistinen ihmiskäsitys. Tähän biopsykososiaaliseen kohtaamiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten erilaiset tunteet, kehon toiminnot, ihmisen motivaatio, moninaiset ajatukset ja erilaiset sosiaaliset suhteet muihin ihmisiin. Tämän perusteella ajatellaan myös, että toimintakyky voi heikentyä niin psyykkisen, sosiaalisen kuin biologisen tekijän häiriintyessä. (Pohjolainen & Mikkelsson 2015.)

Psykologi ja filosofian tohtori Lauri Rauhalan (2014, 47, 151) määrittelemän holistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen tulee nähdä kokonaisuutena, joka muodostuu kolmesta olemisen ulottuvuudesta. Näitä ovat tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus. Jokaisesta ihmisestä löytyy kaikki kolme ulottuvuutta samanaikaisesti huolimatta mahdollisista fyysisistä tai psyykkisistä sairauksista. Rauhala katsoo hoitotyön tarkoittavan kaikkea potilaan hyvää tähtäävää toimintaa, johon liittyy kaikki konkreettiset toimenpiteet, jotka potilas vastaanottaa kehollisesti. Toimenpiteisiin liittyy kiinteästi se, kuinka myötäeläen ja hienovaraisesti ne toteutetaan ja tämän potilas vastaanottaa tajunnan kautta. Hoitotyö itessään tapahtuu potilaan tilanteissa.

### 2.1.1 Tajunnallisuus ja mielenterveys

Holistisen ihmiskäsityksen yhtenä osa-alueena on tajunnallisuus eli inhimillisen kokemisen kokonaisuus. Tajunnallisuuden kautta ihmiselle syntyy mieli, joka antaa asioille ja tapahtumille merkityksen muodostaen lopulta merkityssuhteita, joista syntyvät yksilön maailmankuva sekä käsitys itsestä. Tajunta kehittyy positiivisesti, jos merkitysten välillä ei ole vääristymiä. Mielenterveyden häiriöissä sen sijaan on kysymys epäsuotuisista merkityssuhteista, jotka muodostavat epäharmonisen kokonaisuuden. (Rauhala 2014, 34 – 35; Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta, 2014, 42 – 43.)

Arviolta joka viides suomalainen sairastaa mielenterveyden häiriötä (Huttunen 2008b). Mielenterveyden häiriöt ovat luonteeltaan hyvin erilaisia ja niiden vakavuudet vaihtelevat lievistä peloista ja ahdistuksista vakaviin psykiatrisiin sairauksiin (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 261). Erilaiset tunnetilat kuten suru, masentuneisuus epäonnistumisen jälkeen, ristiriidat, kiistat ja normaalin rajoihin mahduttavia tunnereaktiot kuuluvat ihmiselämään eikä niitä luokitella mielenterveyden häiriöiksi (Lönqvist & Lehtonen 2014; Huttunen 2008b).

George Vaillant on kehittänyt mielenterveyden tarkasteluun kuusi erilaista näkökulmaa (Taulukko 1). Ensimmäisenä hän määritteli mielenterveyden psyykkisen toimintakyvyn mukaan. Toinen tarkastelun kohde hänellä on ihmisen toiminta- ja sopeutumiskyky sekä ihmisen elämänasenteen huomioon ottaminen. Kolmantena on ihmisen persoonallisuus ja sen kypsyys. Tämän tarkoituksena on selvittää ihmisen kehityskykyä ja elämäkokemuksista oppimista. Neljäs näkökulma perustuu sosiaalisiin ja tunnepohjaisiin taitoihin. Tällä hän tarkasteli ihmisen kykyä ottaa muut ja itsensä huomioon. Viides kohta tarkastelee yksilön hyvinvointia, johon vaikuttavat monet eri tekijät niin ympäristö kuin yksilö itse. Kuudennessa näkökulmassa esille nousevat mielenterveyden joustavuus ja mukautumiskyky, jotka korostuvat ihmisen elämäntilanteiden muuttuessa. (Lönqvist, J. - Heikkinen, M. - Henriksson, M. - Marttunen, M. & Partonen, T. 29.)



Taulukko 1. Kuusi näkökulmaa mielenterveyteen

Psyykkinen toimintakyky	arjessa selviytyminen
Toiminta- ja sopeutumiskyky	haasteista selviytyminen elämänasenteen omaksuminen
Ihmisen persoonallisuus ja kypsyyys	ihmisen kehityskyky, elämäkokemuksista oppiminen
Sosiaaliset ja tunnepohjaiset taidot	ihmisen kyky ottaa muut ja itsensä huomioon
Yksilön hyvinvointi	subjektiivinen hyvinvointi, johon vaikuttaa ympäristö ja ihmisen sisäiset tekijät
Mielenterveyden joustavuus ja mukautumiskyky	korostuvat ihmisen elämäntilanteiden muuttuessa

Psykoosilla tarkoitetaan lyhyttä ja ohimenevää mielenterveyden häiriötä, jossa ihmisen todellisuudentaju vääristyy. Tyypillisiä oireita ovat harha-aistimukset ja harhaluulot, mutta psykoosi voi oireilla myös ajatuksen ja puheen hajanaisuutena sekä outona käyttäytymisenä. (Huttunen 2014; Lönnqvist & Lehtonen 2014.) Skitsofrenia on vakavin psykoosisairauksiin kuuluva mielenterveyden häiriö, jota sairastaa arviolta 1 % suomalaisista. Skitsofrenialle ominaisia on erilaiset kognitiiviset vääristymät ja emotionaaliset poikkeavuudet. Sairauden oireet jaetaan positiivisiin ja negatiivisiin. Positiivisiin oireisiin kuuluvat harhaluulot, aistiharhat sekä puheen ja käytöksen hajanaisuus. Tunneilmaisun latistuminen, puheen köyhtyminen ja tahdottomuus ovat negatiivisia oireita. Oireet vaihtelevat elämän eri vaiheissa. (Lönnqvist & Lehtonen 2014.) Harhaluuloisuushäiriö on skitsofreniaa lievempi keski-ikäisten ja vanhempien sairaus. Harhaluuloisuushäiriötä sairastava tulkitsee ympäristön tapahtumia ja ihmisten eleitä omia harhoja tukevalla tavalla ja tuloksena voi olla riitoja ja ärtyneisyyttä. (Vuorilehto ym. 2014, 177 – 178.)

Mielialahäiriöitä ovat masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Depressio eli masennustila on yleisin mielenterveyden häiriö Suomessa ja arviolta viidennes väestöstä sairastaa depression elämänsä aikana (Heikkinen-Pelkonen ym. 2014, 124). Masennustila jaotellaan oireiden perusteella lieväksi, keskivaikeak-

si, vaikeaksi tai psykoottiseksi (Lönqvist & Lehtonen 2014). Bipolaarihäiriössä vuorottelevat maaniset, hypomaaniset, depressiiviset ja sekamuotoiset jaksot. Hypomanian yleisoireita ovat itsetunnon ja aktiivisuuden kohoaminen, puheliaisuus ja vähentynyt unentarve. Haltioituminen, aistien terävöityminen ja ajatus toiminnan nopeutuminen ovat myös tavallisia hypomaniassa. Manian oireet ovat samankaltaisia kuin hypomanian, mutta tulevat voimakkaampina ja jopa psykoottisina, lisäksi oireina voivat olla suuruuskuvitelmia ja uhkarohkeutta. Bipolaarihäirön masennusjaksot ovat samankaltaisia tavallisen masennuksen kanssa. (Lönqvist & Lehtonen 2014.)

Mielenterveyden häiriöt voivat ilmetä myös vakavina ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriöinä sekä sosiaalisten tilanteiden pelkoina. Näihin häiriöihin liittyy ahdistuksen tunnetta, pelkoa ja hätää, mutta oireet voivat ilmetä fyysisinä oireita kuten rintakipuna, sydämen tykyttelynä hengenahdistuksena, vatsavaivoina ja huimauksena. Pakko-oireisiin häiriöön liittyy pakonomaisia ajatuksia ja toimia, joiden vakavat muodot aiheuttavat toimintakyvyn laskua. (Vuorilehto ym. 2004, 149 – 159.)

Mielenterveyttä suojaaviksi tekijöiksi määritellään kaikki sellainen toiminta, joka edistää mielenterveyttä tai vastaavasti poistaa mielenterveyttä vahingoittavia tekijöitä. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa fyysinen terveys ja siihen vaikuttavat tekijät sekä ympäristön vaikutus. Tavallisesti mielenterveyttä suojaavat ja haavoittavat tekijät luokitellaan niin sisäisiin kuin ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi terveys, itsetunto, vuorovaikutustaidot ja oppimiskyky. Ulkoisia suojaavia tekijöitä ovat muun muassa riittävä ja terveellinen ravinto, työssä käyminen, turvallinen ympäristö sekä erilaiset koulutusmahdollisuudet. Haavoittavia sisäisiä tekijöitä voivat olla muun muassa huonot ihmissuhteet, sairaudet, avuttomuuden tunne sekä eristäytyneisyys. Haavoittavia ulkoisia tekijöitä ovat esimerkiksi liian vähäinen ravinnon saanti, päihteiden väärinkäyttö, työttömyys, köyhyys, hyväksikäyttö, väkivalta sekä erilaiset erot ja muut menetykset elämässä. (Lönqvist ym. 2007, 30.)

Näiden erilaisten mielenterveyttä uhkaavien ja suojaavien tekijöiden kautta voidaan myös havaita millaisin keinoin mielenterveyttä pystytään edistämään.

Näyttöön perustuvia mielenterveyttä vahvistavia keinoja ovat muun muassa koulutus, terveellinen ravinto, asumisolosuhteiden parantaminen, päihteiden väärinkäytön lopettaminen, väkivallattomuus ja työtilanteen parantaminen. (Lönngqvist ym. 2007, 31.)

### 2.1.2 Kehollisuus ja somaattinen sairastavuus

Kehollisuudella Lauri Rauhala (2014, 38 – 40) tarkoittaa ihmisen konkreettista olemassaoloa. Sitä voidaan koskettaa ja se koostuu soluista, elimistä ja kudoksista, jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Ihminen elää, tuntee, saa kokemuksia sekä ilmentää fyysisiä ja psyykkisiä kokemuksia kehon kautta. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta, 2014, 42 – 43.)

Kaikentyyppisiin psyykkisiin häiriöihin liittyy suurempaa kehollista sairastavuutta sekä kuolleisuutta ja hoitamaton mielenterveyden ongelma voi vaikeuttaa somaattisesta sairaudesta toipumista (Cormac & Gray 2012, 3; Niemelä & Blanco-Sequeiros 2015.) Erityisesti skitsofrenia on ollut tutkijoiden mielenkiinnon kohteena Suomessa ja muuallakin maailmassa ja siihen liittyvää oheissairastavuutta sekä kuolleisuutta on tutkittu melko paljon. Viertiö ym. (2012) havaitsivat, että skitsofreniaan ja muihin psykoosisairauksiin liittyy suurempaa sairastavuutta tyyppin 2 diabeteksen, metabolisen oireyhtymän ja HDL-kolesterolipitoisuuden osalta verrattuna koko väestöön. Depressiota sairastavilla taas on havaittu enemmän sydän- ja verisuonitauteja, keuhkosityöpää, aivoverenkiertosairauksia, diabetesta ja astmaa (ETENE 2009, 17). Lisääntynyt sydänsairastavuus liittyy kaikkiin vakaviin psykiatrisiin sairauksiin. (Cormac & Gray 2012, 139). Skitsofreniaa sairastavilla havaittiin lisäksi muuta väestöä useammin sairastettu infarkti (Viertiö ym. 2012).

Runsaamman fyysisen sairastavuuden myötä myös kuolleisuudessa on eroja. Tiihonen ym. tekemän (2009) laajan tutkimuksen mukaan skitsofreniaa sairastava elää keskimäärin 25 vuotta lyhyemmän elämän kuin muu väestö. Yleisin luonnollinen kuolinsyy on sydän- ja verisuonitaudit, joissa kuolleisuus on 6-kertainen verrattuna muuhun väestöön (Kiviniemi 2014, 98). Salokangas ym. (2008) ovat tutkineet skitsofreniapotilaiden kuolleisuutta sairaanhoitopiireittäin. Kuolleisuus oli suurinta Suomen itä- ja pohjoisosissa. Lapin sairaanhoitopiirissä

sen sijaan skitsofreniaa sairastavien kuolleisuus oli alle maan keskiarvon, kun taas Länsi-Pohjassa kuolleisuus oli koko maan suurin. Salokangas ym. (2008) arvelevat kuolleisuuden erojen johtuvat erilaisista hoitokäytännöistä.

Mielenterveyshäiriöihin liittyy monesti myös fyysisen terveyden kannalta haitallisia elämäntapoja, jotka lisäävät potilaiden ennenaikaista kuolleisuutta. Erilaiset terveysongelmat johtavat eliniän lyhenemisen lisäksi myös toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemiseen. Haitalliset elämäntavat, kuten vähäinen liikunta, tupakointi, ylipaino ja yksipuolinen ravitsemus kohottavat riskiä sairastua erilaisiin sydän- ja verisuonitauteihin, aineenvaihduntasairauksiin ja syöpiin. Erilaiset mielen hoitoon käytettävät lääkkeet voivat myös aiheuttaa erilaisia sydän- ja verisuoniongelmia ylipainon kertyessä ja glukoositasapainon heikentyessä. Lääkkeillä voi olla myös kipukynnystä nostava vaikutus, joka hankaloittaa sairauksien aikaista toteamista. Kognitiivisia häiriöitä on havaittu skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla ihmisillä. Masennuksesta kärsivillä ihmisillä on myös havaittu aloitteellisuusvaikeutta sekä muisti- ja päättelykyvyn ongelmia, joiden vuoksi heillä voi olla hankaluuksia ymmärtää ja muistaa hoitoon liittyviä asioita. (Koponen & Lappalainen 2015, 1 – 2; Tuulio-Henriksson, 2014.)

Vakavia psyykkisiä sairauksia sairastavista ihmisistä noin puolet ovat ylipainoisia. Tunnetuimmat ylipainon kehittymisen riskitekijät ovat sairastuminen psyykkiseen sairauteen nuorella iällä, alhainen painoindeksi ennen hoitojen aloitusta, painon vaihtelut eri elämäntilanteissa, suvun ylipainoisuus sekä miessukupuoli. Psykyklääkkeet altistavat myös painon nousulle, koska lääkkeet hidastavat perusaineenvaihduntaa, muuttavat insuliiniherkkyyttä, sedatoivan vaikutuksen vuoksi myös liikunnan määrä ja sen kautta energian kulutuksen väheneminen nostavat ihmisen painoa. Näiden syiden vuoksi psykiatristen potilaiden ravitsemustottumuksia ja painoa tulee tarkkailla. (Koponen & Lappalainen 2015, 2.)

Psykiatrisen sairauden hoitoon käytettävät lääkkeet voivat aiheuttaa myös muita terveysongelmia, kuten seksuaalitoimintojen häiriötä, kuukautishäiriöitä, silmä-sairauksia, verenkuvan muutoksia sekä sydämessä QT-ajan pidentymistä. Psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa tyypin 2 diabeteksen. Erityisesti psykoosilääkkeillä on QT-aikaa pidentävä vaikutus, jonka vuoksi lääkitys voi kohottaa ihmisen

riskiä saada vakava, jopa kuolemaan johtava rytmihäiriö. (Koponen & Lappalainen 2015, 3 – 4.)

Psykykenlääkkeillä on myös epätoivottuja yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa. Osa masennuslääkkeistä voi lisätä verenpaineen hoidossa käytettyjen lääkkeiden vaikutusta, kun taas antibiootti vahvistaa psyyken hoitoon käytettävän lääkkeen vaikutusta. Kipulääkkeet ja diureetit voivat nostaa litiumin pitoisuutta toksiselle tasolle. Kalsiumestäjät ja psyykenlääkkeet yhdessä estävät maksan toimintaa ja voivat siten lisätä muiden lääkkeiden pitoisuutta. (Huttunen 2015a.)

Tupakoinnin on todettu olevan yleisempää psykiatristen potilaiden keskuudessa kuin muussa väestössä. Tupakoinnilla itsessään on elämää lyhentävä vaikutus, mutta tupakointi häiritsee myös psykoosilääkkeiden vaikutusta. Tupakoinnin on havaittu pienentävän psykoosilääkkeiden määrää veressä, jolloin tarvittavat lääkeannokset ovat suurempia ja haittavaikutukset voivat lisääntyä. Päihteiden käytön on huomattu heikentävän myös ihmisen hoitomyönteisyyttä ja hoitoon sitoutuneisuutta. Ihmisen päihteiden käyttö on tärkeää ottaa puheeksi, koska alkoholin väärinkäyttö, kannabiksen, amfetamiinin sekä kokaiinin käyttö voimistavat ahdistus- ja psykoosioireita. (Koponen & Lappalainen 2015, 4.)

### 2.1.3 Situationaalisuus ja stigma

Ihmisen situationalisuus eli elämäntilanne muodostuu yhteisistä tekijöistä, kuten yhteiskunnallisista oloista, maantieteellisistä ja ilmastollisista olosuhteista, kulttuurista, tavoista ja tottumuksista sekä yksilöllisistä ja ainutkertaisia tekijöistä kuten aviopuoliso, lapset, koti, asema työyhteisössä, ystävyys-suhteet. Ihmistä käsittääkseen tulee siis ymmärtää maailma, jossa ihminen elää. (Rauhala 2014, 33.)

Psykiatrista sairautta sairastavan ihmisen maailmaan on kautta aikojen liittynyt tietämättömyydestä ja häpeän tunteesta juontuvia pelkoja ja yksinkertaistavia, stereotyyppisiä ennakkokäsityksiä ja häpeänleimaa. (Koponen & Lappalainen 2015). Eila Sailas (2011, 38) kuvaa häpeäleiman muodostuvan kolmesta tekijästä: tiedon puutteesta, ennakkoluuloista ja syrjinnästä.

Häpeäleiman saanutta seuraa stereotypiat, joihin liittyy erilaisia uskomuksia ja yksilöä on vaikea nähdä näiden tekijöiden takaa. Monet ihmiset eivät puhu avoimesti mielenterveysongelmistaan, koska vielä tänäkin päivänä mielenterveysongelmista kärsivä ihminen leimataan helposti ympäristön asenteiden vuoksi. (Wahlbeck, 2014.) Mediassa myös korostetaan mielenterveyshäiriöitä negatiivisessa valossa, kuten väkivallanteoissa. Lisäksi elokuvateollisuus on antanut oman leimansa psykiatrian alalle. (Sailas 2011, 39.)

Häpeäleiman poistaminen on vaikeaa ja hankaloittaa potilaiden tilaa sekä vaikeuttaa potilaiden hoitoon hakeutumista. Stigman vuoksi muun muassa masennusta sairastavista ihmisistä noin 70% haluaa pitää psyykkisen sairauden salassa. Monesti psyykkistä sairautta sairastavat ihmiset kokevat saavansa erilaista kohtelua ja jopa syrjintää. Tällainen ympäristön kielteinen asenne taas johtaa helposti itsesyryntään, jolloin ei hyödynnetä riittävästi tai ollenkaan tarvittavaa koulutusta tai työnhakua. (Wahlbeck 2014.)

Kulttuurimme arvot sekä asenteet pitävät tiukasti kiinni psyykkisten sairauksien häpeällisyydestä, joka taas hankaloittaa ihmisten hoitamista ja ongelmien kohtaamista avoimesti. Stigma eristää ja alistaa mieleltään sairastuneen ihmisen sekä rajaa selvästi normaalia ajattelua ja tuntemuksia. Tällaisen kielteisen stigman antaa yleisemmin vanhemmat sukupolvet, matalasti koulutetut ja miehet. (Wahlbeck, K. 2014.)

Tutkimustiedon valossa häpeäleimaa voidaan murtaa vähitellen kohtaamalla psyykkisesti sairas ihminen tasavertaisena, keskustelemalla hänen kanssaan ja tekemällä yhdessä asioita hänen kanssaan. Tutkimukset osoittavat myös, ettei biolääketieteellinen tai geneettinen näkökulma lievennä stigmaa. (Wahlbeck, K. 2014.) ASPEN-hankkeella on yritetty saada selville muun muassa mitkä syyt johtavat leimautumiseen ja syrjintään mielenterveyspotilailla. ASPEN -lyhenne tulee sanoista anti stigma programme: european network. Hanke on ollut vireillä vuosina 2008 – 2011. (THL 2011.)

ASPEN-hankkeen tavoittena oli vähentää masennukseen liittyvää ihmisen leimaantumista ja syrjinnän kohteeksi joutumista. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi aspen hankkeessa kehitettiin mittari, jolla voitiin arvioida masennukseen liittyvää stigmaa ja syrjintää. Depressiota sairastavia ihmisiä haastateltiin ja sel-

vitettiin tätä kautta stigman ja syrjinnän esiintyvyyttä. Lisäksi ASPEN-hankkeessa etsittiin syrjintää ja leimautumista pienentäviä hyviä käytäntöjä sekä pyrittiin osallistamaan mielenterveyskuntoutujia syrjinnän vähentämiseksi. (THL 2011.)

## 2.2 Sairaanhoidajan valmius kohdata psykiatrinen potilas

Valmius on johdettu sanasta valmis, jolla voidaan tarkoittaa jotain joka on kehittynyt lopulliseen tilaansa, on jonkin varalta kunnossa tai toimintaan varautunut tai on suostuvainen johonkin. Nykyään valmius-sanana merkitys yhdistetään osaamiseen, taitoon tai kykyyn. (Koivusalo 1981.) Sairaanhoidajan ammatillinen vähimmäisosaaminen tai -valmius muodostuu kompetensseista, joita ovat asiakaslähtöisyys, eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäisyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus ja opetus, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö ja palveluiden laatu ja turvallisuus. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 36 – 47.)

Hoitotyön perustehtävä on pysynyt vuosikymmenten ajan samana; hoitaja auttaa, tukee, opettaa ja ohjaa potilasta sekä hänen perhettään. Hoitotyön ydinosaamisen osa-alueita ovat tieto ihmisen fysiologiasta, psyykkisistä ja sosiaalisista toiminnoista sekä niiden häiriöistä. Hoitaja tarvitsee lisäksi taitoa määrittellä hoitotyön ongelmat ja potilaan voimavarat, tehdä päätöksiä, toteuttaa hoitotoimenpiteet sekä arvioida hoidon vaikutusta. (Lauri 2007, 99-100.)

Sairaanhoidajan työ sisältää runsaasti kohtaamista ja käsite tulee esille monessa yhteydessä sairaanhoidajan vähimmäisosaamista kuvatessa. Sairaanhoidajan tulee osata kohdata potilas oman elämänsä asiantuntijana ja aktiivisena toimijana. Kohtaaminen liittyy myös oleellisesti mielenterveystyöhön, jossa sairaanhoidajalta edellytetään valmiutta kohdata psykiatrissa sairautta sairastava ihminen ja pitää yllä hoidollista vuorovaikutusta. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 39 – 40.)

Hoitotyössä potilaan arvokas kohtaaminen on tärkeää. Kohtaamista hankaloitavia tekijöitä voivat olla vääränlainen vallankäyttö, epätasa-arvo ja kiusaaminen. Hoitaja tekee työtään persoonallaan, johon vaikuttaa hänen oma Minä. Ihmisen Minä vaikuttaa siihen, miten hän kohtaa toisen ihmisen niin potilaan kuin työtoverin. Ihminen voi kohdata toisen ihmisen niin positiivisessa kuin negatiivisessa mielessä. Positiivisuudella pyritään kohtaamaan ihminen antaen tukea, rohkaisua, huomiota ja olemalla läsnä. Negatiivisen kohtaamisen tunnusmerkkejä ovat kyynisyys, torjunta, käskytyks ja tunteettomuus. Välinpitämättömyys, väsymys ja kiire välittyy myös ihmisten kohtaamisessa, jolloin hoitaja voi kokea potilaan hoitamisen taakaksi. Toisaalta kohtaamisessa hoitaja voi valita käyttävänsä potilaasta sanoja hän tai se. Se –sanan käyttö viittaa potilaan esineistämiseen, pinnallisuuteen ja ulkopuolisuuteen. Toisin sanoen hoitajan suhtautuminen ihmisiin näkyy monilla eri tavoilla niin sanojen valinnoissa, äänensävyssä kuin sanattomassa viestinnässä. (Haho 2014.)

Ihmisten välistä kohtaamista voisi kuvailla arkiseksi kanssakäymiseksi, jonka perusta on lähimmäisyydessä, kanssakulkemisessa ja ihmisyydessä. Kohtaamisella tarkoitetaan käymistä kohti toista ihmistä ja aito kohtaaminen syntyy, kun ihmisten elämänpiirien välille muodostuu kosketuspinta. Aidon kohtaamisen elementtejä ovat vakavasti ottaminen, läsnäolo ja jakaminen. Vakavasti ottaminen edellyttää, että ihminen arvostaa toisen persoonallisuutta ja ymmärtää, että haavoittuvuus ja eheytyminen koskevat kaikkia ihmisiä. Läsnäolo on välttämätöntä, jotta ihmisten välille voi syntyä luottamuksellinen ja välittävä ilmapiiri. Jakaminen vaatii riskinottoa ja rohkeutta asettaa alttiiksi oma ihmisyyys. Toisen ihmisen kohtaamisen voi sanoa olevan aitoa siinä vaiheessa, kun uskaltaa katsoa myös itseä silmiin. Aidossa kohtaamisessa jokainen ihminen säilyttää oman elintilansa, jossa ei ylitetä toisen tahtoa. (Mattila 2007, 12 – 14, 32 – 33.)

### 2.2.1 Vuorovaikutus

Vuorovaikutus on laaja ja monimuotoinen käsite, joka sisältää yksilöiden, yhteisöjen, organisaatioiden ja kulttuurien välistä vuorovaikutusta (Mönkkönen 2007, 15). Ihmisen välistä toimintaa kutsutaan sosiaaliseksi vuorovaikutukseksi ja sen alakäsitteitä ovat sosiaaliset suhteet, sosiaaliset taidot ja kommunikaatio. Sosi-



aaliset suhteet pitävät sisällään vuorovaikutuksen luonteen sekä erilaiset laadulliset piirteet. Sosiaaliset taidot sisältävät ihmisen sopeutumiseen liittyviä taitoja, jotka käsittävät laajasti erilaisia yhteistoimintataitoja. Kommunikaatio muodostuu sanattomasta ja sanallisesta viestinnästä sisältäen kieliopin. (Kauppila 2011, 19 – 20.)

Vuorovaikutuksen tueksi on kehitetty lukuisia toimintamalleja, runkoja ja työkaluja. On kuitenkin muistettava, että toimintamallit toimivat tietyissä tilanteissa, jokainen vuorovaikutustilanne on erilainen ja riippuvainen vuorovaikutusten osapuolista. Kaikkiin ihmisiin ei siis voi soveltaa samoja menetelmiä. Lisäksi ihmisen tilanne voi olla hyvin vaikea, jolloin hän ei esimerkiksi osallistu kommunikoihin lainkaan tai hän toimii uhmakkaasti ja vihaisesti. (Mönkkönen 2007, 15 – 27.)

Sanotaan, että ihminen viestii enemmän sanattomasti kuin sanoilla ja monesti ihmisen ilmeet ja eleet kertovat enemmän kuin lausutut sanat. Hyvässä vuorovaikutustilanteessa sanallinen ja sanaton viestintä ovat yhdenmukaisia. Ilmeet ovat kansainvälisiä, vaikka yhteistä kieltä ei olisikaan niin ihminen tunnistaa toisessa ihmisen ilmeestä surun ja ilon. Eleiden ja asentojen tulkinta sen sijaan on vaikeaa ja niistä voi syntyä paljon virhetulkintoja. Etenkin hoitotyössä sanattomaan viestintää liittyy myös kosketusta eli haptista aistimusta, jonka kautta välitetty pitämisen, turvallisuuden ja ymmärtämisen viestejä. Sairaalaympäristössä sanattomaan viestintään liittyvät myös vaatteet, värit ja tilat. Myös kehonkieli viestii sanattomasti. (Kauppila 2011, 33 – 34.)

Vuorovaikutuksessa psykiatrisen potilaan kanssa tulee kiinnittää huomiota erityisesti omaan ilmaisuun. Puheen tulee olla selkeää, ymmärrettävää ja ammattitermejä vältetään. (Hietaharju ja Nuutila 2010, 92.) Hoitotyötä tekevä voi joutua kohtaamaan psykiatrisen potilaan puolelta asiaankuulumattomia ja voimakkaita tunteita, kuten raivonpurkauksia, ilkeitä sanoja ja loukkaavaa käytöstä. Hoitajan tulee kuitenkin muistaa, etteivät ne ole henkilökohtaisia vaan ne tulee ymmärtää hallitsemattoman tunnekuorman purkautumisena. Potilasta ei tule tällaisen tapahtuman jälkeen vältellä eikä potilasta kohtaan pidä tuntoa vastenmielisyyttä vaan tilanne tulee neutraloida. Potilaan luo palataan rauhallisem-

malla hetkellä ja tiedustellaan mikä oli hätänä ja onko potilasta jotenkin loukattu. Tällainen keskustelunavaus helpottaa tilannetta yleensä välittömästi. (Hietaharju & Nuutila 2010, 92.)

### 2.2.2 Eettisyys

Hoitotyön eettisyyden lähtökohtana on holistinen ihmiskäsitys (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 37). Sana etiikka tulee kreikankielen sanasta *ethikos*, jolla tarkoitetaan laadultaan siveellistä mieltä tai luonnetta sekä *ethos*, jolla tarkoitetaan tapaa joka on yhteisesti omaksuttu. Moraali taas on etiikan lähikäsite, joka kuvaa ihmisen käsitystä oikeasta ja väärästä. Ammattietiikalla tarkoitetaan ammattialan yhteistä näkemystä oikeasta ja väärästä ammatillisesta toiminnasta. Etiikka on oppi, joka tutkii oikeaa ja väärää. (Juujärvi, Myyry & Pessa 2011, 13.) Eettinen osaaminen kuuluu myös sairaanhoitajan valmiuksiin. Etiikan kompetenssi ohjeistaa sairaanhoitajan noudattamaan ihmisoikeuksia, lainsäädäntöä ja ylläpitämään korkeaa etikkaa työssään. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 382.)

Psykiatriin sairauksiin liittyy runsaasti eettisiä ongelmia, joita syntyy tavallisesti, kun hoitajan ja potilaan välille ei muodostu luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 262). Potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutussuhteessa korostuu avoimuus. Psykkisesti sairailta ihmisillä voi olla ajatus syyllisyydestä ja sovittamisesta. Avoimuus auttaa potilasta olemaan itselleen avoin ja tämän kautta ihminen alkaa ymmärtämään omia ongelmiaan sekä sitä mikä tähän tilanteeseen on johtanut. Sairaanhoitajan tehtävänä on olla tukena, antaa tietoa ja olla läsnä. Tällainen vuorovaikutussuhde hoitajan ja potilaan välillä auttaa ihmistä löytämään omia voimavarojaan sekä lisää hänen omatoimisuuttaan. (Mielenterveystyön opettajat ja ylihoitajat ry 1999, 44 – 45.)

Psykiatrinen potilas on herkästi haavoittuva, jonka vuoksi eettistä näkökulmaa ei voi liikaa korostaa. Sairastunut ihminen ei välttämättä tunnista omaa avun tarvettaan sairauden tunteen puuttuessa tai hän ei muuten ymmärrä oman tilanteensa vakavuutta. Sairaus voi vaikuttaa ihmisen asemaan niin, että hän kokee voivansa vaikuttaa vähäisesti omaan elämäänsä, josta seuraa avuttomuuden

tunnetta, itsetunnon heikkenemistä ja riippuvuutta. Vaarana on, että hoitohenkilöstö näkee psykiatrisen potilaan passiivisena osapuolena, joka ei edes halua päättää omista asioistaan. Lisäksi psykiatrista sairautta sairastavan ihmisen ja henkilökunnan välillä voi olla erilaisia käsityksiä potilaan hyvästä, jolloin asiantuntemus antaa hoitajalle helposti valta-aseman. Potilaan puolesta voidaan tehdä päätöksiä varmistamatta hänen mielipidettä. Työskentely psykiatrisen potilaan kanssa vaatiikin herkkyyttä havaita, mitä päätöksiä potilaan puolesta voi tehdä ja missä määrin potilaan elämää voidaan puuttua. Tasapainon löytyminen pakon, rajoittamisen ja vapauden välillä on mielenterveystyön keskeisimpiä eettisiä kysymyksiä. Hoitajien keskuudessa eettistä pohdintaa aiheuttaa tavallisesti potilaan vastentahtoiset hoidot, kuten pakkolääkitys, eristystoimet ja lepositeiden käyttäminen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 262 – 267.)

Hoitajan työssä eettistä pohdintaa liittyy myös potilaan ohjaustilanteeseen. Hoitajan tulee olla tietoinen omista arvoistaan ja moraalistaan. Eettisten normien mukaisesti hoitajan oletetaan kunnioittavan potilaan itsemääräämisoikeutta ja antavan tarvittavaa ohjausta potilaalle. Hoitajan odotetaan myös välttävän häirintää ja harmia tuottavia tapoja potilassuhteessa. Ohjaajana toimiminen edellyttää hoitajalta eettisesti kestäväää toimintaa, näytön tai hyvien käytäntöjen kautta perusteltavuutta ja ajantasaista sekä luotettavaa tietoa. Etiikka on erittäin tärkeää, kun potilaana on psyykkisesti sairastunut ihminen, joka ei kykene päätöksentekoon ja ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 154-155.)

Hoitotyössä on huomioitava, että potilaalla on oikeuksia ja toisaalta myös moraalisia velvollisuuksia hoitoaan kohtaan. Potilaan oikeuksia perustellaan usein ihmisarvon kunnioittamisella, itsemääräämisoikeudella, tasa-arvolla ja oikeudenmukaisuudella. Tärkein laki on potilaan asemaa ja oikeuksia käsittelevä laki. (Sairaanhoitajaliitto & Fioca 2012, 114.) Kyseinen laki turvaa potilaalle hoitoon pääsyn määrätyissä ajassa, tiedonsaantioikeuden ja itsemääräämisoikeuden ilman syrjintää. Lain nojalla halutaan varmistaa, että jokainen potilas saa laadultaan hyvää hoitoa, joka ei loukkaa ihmisarvoa. Kaikkeen hoitoon tarvitaan potilaan suostumus ja hoidon tulee tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Laissa käsitellään myös potilaan oikeudet ja mahdollisuudet toimia sii-

nä kohtaa, kun hän on tyytymätön saamaansa hoitoon tai kohteluun. Tässä laissa käsitellään myös salassapitovelvollisuutta ja sen rikkomista koskevia seuraamuksia. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Potilaan velvollisuudet tarkoittavat yleensä ihmisen velvollisuutta huolehtia omasta terveydestään ja toisaalta yhteiskunnan velvollisuus tässä kohtaa on tarjota ihmiselle hoitoa sairauden vaatimalla tavalla (Sairaanhoitajaliitto & Fioca 2012, 115 – 116). Potilaiden velvollisuuksia hoitoaan kohtaan voidaan kuitenkin määrittää ainoastaan yleisellä tasolla, sillä sairautta ei aina voi hallita ja jokainen potilas on yksilö vahvuuksineen ja heikkouksineen (Pietilä, Halkoaho, Matveinen & Länsimies-Antikainen, 2013, 37 - 38). Psykiatriset sairaudet vaikuttavat ihmisen ajatteluun ja sen myötä kykyyn tehdä päätöksiä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 264 – 267.) Eettisestä näkökulmasta potilaalla on myös salassapitovelvollisuus, kun hän kuulee vuodeosastolla ollessaan vierustoverin terveystietoja. Tällainen vapaaehtoinen ihmisarvon kunnioittaminen tapahtuu siis luonnostaan ilman lain määräystä. (Sairaanhoitajaliitto & Fioca 2012, 115 – 116.)

### 2.2.3 Asenne ja arvo

Asenteet perustuvat kokemukseen ja ne voidaan määritellä opituksi taipumukseksi ajatella, tuntea ja käyttäytyä tiettyä kohdetta kohtaan. Arvo sen sijaan kuvastaa ihmisen omaa arvojärjestystä ja ihmisen elämää ohjaavia periaatteita. (Juujärvi, Myyry & Pessa 2011, 25 - 36.) Hoitajan omat arvot ja asenteet vaikuttavat psykiatrista sairautta sairastavan potilaan kohtaamiseen. Kohtaamiseen voivat vaikuttavat myös yleisesti vallitsevat yhteiskunnalliset ja kulttuuriset asenteet, jotka ovat usein melko negatiivisia. Taustalla on yleensä tietämättömyyttä tai pelkoja oudosti käyttäytyviä ihmisiä kohtaan. (Hietaharju & Nuutila 2010, 80.) Henkilökunta ei välttämättä tiedosta omaa kielteistä asennetta psykiatrista potilasta kohtaan, vaan ne voivat tulla esiin vasta käytännön toiminnassa (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 267).

Länsimaissa ihmisarvo ja käsitys ihmisestä perustuu tavallisesti kristinuskoon. Ihmisarvo ei ole mitattava suure eikä se ole sidoksissa ihmisen taitoihin, lahjakkuuteen, terveyteen, yhteiskunnalliseen asemaan, ikään, ulkonäköön eikä etni-

seen taustaan. Länsimaisen käsityksen mukaan jokaista ihmistä on kohdeltava tasa-arvoisesti. (Sairaanhoitajaliitto & Fioca 2012, 102 – 103.) Syrjäpalo (2006, 103 - 104) havaitsi hoitajien ja psykiatristen potilaiden arvoissa runsaasti samankaltaisuutta. Potilaat ja hoitajat nostivat ihmisarvon tärkeäksi, johon liittyy kiinteästi käsitteet totuus, inhimillisyys, ihmisen kunnioittaminen, yksityisyys ja vapaus. Hoitajien arvomaailmassa nousivat lisäksi inhimillinen kohtelu ja hoitoympäristön turvallisuus.

Etiikan lisäksi hoitotyöhön ja siihen liittyviin valintoihin vaikuttaa nykyään myös yhteiskunnan arvojärjestys. Yhteiskunnan vaikutus näkyy hoitotyössä muun muassa taloudellisuuden huomiointina, kustannustehokkuudella, tulosvastuulla ja kilpailuttamisella. Kaupallisuus on tätä päivää myös hoitotyössä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 82.)

Sirkka Lauri (2007, 114) kirjoittaa, että viime aikoina toimintaa on kehitetty runsaasti terveystalouden eri osa-alueilla. Kehitystä on tapahtunut kustannusten, resurssien ja tehostamisen osalta, mutta sairaanhoidon sisällöt ja menetelmät sekä niiden vaikutukset potilaiden hyvinvointiin ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Jokainen hoitotyötä tekevä voi kuitenkin kehittää omaa osaamistaan jatkuvan opiskelun avulla, tutkimalla omaa työtään ja etsien erilaisia mahdollisuuksia auttaa potilasta ja näin saamaan muutosta toiminta- ja ajattelutapoihin.

#### 2.2.4 Tasa-arvo

Tasa-arvo tarkoittaa, että jokainen ihminen on ainutkertainen yksilö ja hänet on kohdattava arvostavasti. Ihmisen kohteluun ei saa vaikuttaa sukupuoli, ikä, kansalaisuus tai ihmisen poikkeavuudet. Tasa-arvolla tavoitellaan myös syrjinnän minimoimista sekä yhdenvertaista ihmisen kohtelua. Suomessa on voimassa tasa-arvolaki ja sen toteutumista valvovat tasa-arvovaltuutettu sekä tasa-arvolautakunta. Yhdenvertaisuudella tarkoitetaan ihmisen hyväksymistä ja kunnioittamista omana itsenään. Yhdenvertaisuuslakia valvovat muun muassa työsuojeluviranomaiset ja vähemmistövaltuutettu. (Sairaanhoitajaliitto & Fioca 2012, 102 – 103.)

Terveydenhuollon yhtenä tehtävänä on turvata ihmisten tasa-arvoa. Jo vuoden 1978 Alma Atan julistuksessa todettiin, että terveydenhuollon palveluiden tarkoituksena on parantaa ihmisten terveydentilaa poistamalla eriarvoisuuksia. (Pietilä, Halkoaho, Matveinen & Länsimies-Antikainen 2013, 36.) Tasa-arvo sisältyy myös sairaanhoitajan eettisyyden kompetenssiin ja hoitajan velvollisuutena on välttää eriarvoistamista yksilön ominaispiirteen tai terveysongelman vuoksi. Ihmisen hyväksi käytettyjen hoitotyökeinojen on oltava aina perusteltavissa ja niiden on oltava luotettavia. Tässä korostuu hoitoa antavien henkilöiden ammattitaidon ylläpitäminen nykypäivässä ja toisaalta hoidettavalla on oikeus kuulla perustelut valituille hoitokeinoille. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 37; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 30.)

Pietilä, Halkoaho, Matveinen & Länsimies-Antikainen (2013, 36 - 37) kirjoittavat, että terveyden eriarvoisuus on kasvussa, vaikka väestön terveys on kohentunut. Ihmisarvo ja sen kunnioittaminen ovat terveyden tasa-arvon ylimpiä periaatteita. Terveyserojen kaventamisessa on kyse ihmisoikeuksien turvaamisesta ja siten se on eettisesti välttämätöntä. Ihmisarvon kunnioittamista korostetaan olemalla rehellinen, kunnioittamalla ihmisen oikeuksia ja koskemattomuutta sekä edistämällä ihmisen hyvää ja välttämällä pahaa. Oikeudenmukaisuuden periaatteiden mukaisesti ihmisellä on oikeus päästä hoitoon ja saada vaivaansa tarkoituksenmukaista hoitoa (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 30).

Terveyden tasa-arvon edistämisestä käydään tällä hetkellä paljon keskustelua (Pietilä, Halkoaho, Matveinen & Länsimies-Antikainen 2013, 36). Mielenterveyspoliittisen neuvottelukunnan kannanoton (2014) mukaan nykyinen palvelujärjestelmä on epäonnistunut mielenterveyden ongelmien kohtaamisessa. Suomalaisen fyysinen terveys on kohentunut, mutta mielenterveyden osalta kehitys on jäänyt paikoilleen. Terveydenhuollon palvelurakenne on suuntautunut liiaksi fyysisten sairauksien palveluihin, eikä mielenterveyspalveluita ole riittävästi integroitu niihin. Puutteellisen integraation nähdään olevan yhteydessä muun muassa psykiatristen potilaiden lyhyempään elinikään.

Käynnissä olevan Sote-uudistuksen tavoitteena on kaventaa eroja ihmisten hyvinvoinnissa ja terveydessä, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saata-

vuutta (Sote- ja aluehallintouudistus 2016). Tärkeänä pidetään myös asiakkaan hyvän elämän vahvistamista, yhteiskunnan jäsenten yhteenkuuluvuutta sekä asennemuutoksia, kustannustehokkuutta unohtamatta (THL 2016a). Lapin sairaanhoitopiiri on nostanut oman Sote-valmistelun tavoitteeksi luoda asiakaslähtöiset ja yhdenvertaiset palvelut. Asiakasprosesseihin liittyvissä uudistuksissa työstetään muun muassa psykososiaalisten palveluiden yhtenäistämistä. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016a.) Myös Niemelä ja Blanco-Sequeiros (2015) toteavat odottavansa Sote-uudistukselta joustavampaa ja tiiviimpää yhteistyötä erikoisalojen kanssa.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sisätautien osastolla työskentelevien hoitajien valmiuksia kohdata psykiatrinen potilas sekä arvioitu lisäosaamisen tarve. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitotyön kehittämiseen sekä nostaa esiin hoitajien kehittämisideoita hoitotyön tueksi. Määrällinen tutkimusmenetelmä valikoitui tutkimustavaksemme, sillä halusimme mahdollisimman monen vastaajan näkökulman aiheeseen.

Lapin sairaanhoitopiiri voi hyödyntää tutkimustuloksiamme osana henkilökunnan koulutustarpeiden kartoittamista ja koulutuksen myötä myös parantaa hoitotyön laatua. Tutkimus toteutettiin sisätautien osastojen hoitajille, mutta sen tuottaa tietoa voidaan hyödyntää muillakin somaattisilla osastoilla kuten keuhkautien ja kirurgian osastoilla, teho-osastolla, päivystyksessä sekä poliklinikoilla.

Tulevassa työssä sairaanhoitajana tulemme siis kohtaamaan psykiatrisia sairauksia sairastavia ihmisiä siitä huolimatta missä työskentelemme. Tutkimus auttoi meitä kiinnittämään huomiota hoitajien kokemuksiin psykiatrisen potilaan hoitoon liittyviin ongelma-kohtiin. Näitä olivat muun muassa hoitajien kokemuksen ajankäytön vähyys ja riittämättömyyden tunteet.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat olivat:

Millaiseksi hoitajat arvioivat valmiutensa kohdata psykiatrinen potilas sisätautien osastolla?

Millaista lisäkoulutusta hoitajat arvioivat tarvitsevänsä psykiatristen potilaiden kohtaamiseen?



## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 4.1 Määrällinen tutkimus

Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä oli määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus, joka vastaa kysymyksiin kuinka paljon, kuinka moni ja kuinka usein. Tutkimus ilmaisee kerätyn tiedon numeerisesti ja sen pyrkimyksenä on yleistäminen. (Kananen 2015, 73; Vilkkä 2007, 13 – 14.) Määrälliselle tutkimukselle ominaisia piirteitä ovat syy- ja seuraussuhteiden merkitykset, tutkimusongelmien asettaminen, teoreettisen viitekehyksen asettaminen, tärkeiden käsitteiden määrittely, tutkimusaineiston kerääminen sekä tutkimustuloksista tehdyt päätelmät tilastollisella menetelmällä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 135 – 136). Valitsimme määrällisen tutkimuksen, sillä halusimme esittää vastaajille useita kysymyksiä sekä halusimme vastauksista helposti vertailukelpoisia keskenään. Lisäksi halusimme mahdollisimman monen vastaajan näkökulman mukaan tutkimukseen.

Määrällisen tutkimuksen edellytys on tutkittavan ilmiön tunteminen. Tutkijan tulee siis tutustua ilmiötä selittävään teoriaan ja ymmärtää ilmiö, jotta tutkimuskysymykset ja keskeiset käsitteet voidaan määritellä. Vasta tämän jälkeen voidaan edetä käytännön tutkimukseen. (Kananen 2015, 73; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140.)

Määrällisessä tutkimuksessa asetetaan tutkimusongelma, joka on teoriaan perustuva väittämä eli hypoteesi. Hypoteesi testataan tutkimuksella, joka voidaan toteuttaa kyselyllä, haastattelemalla tai havainnoimalla. Kyselylomaketta käytetään, kun mitataan ja havainnoidaan henkilön mielipiteitä, asenteita, ominaisuuksia tai käyttäytymistä. Lomakkeessa kysymysten muoto on vakioitu eli jokaiselta vastaajalta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Mittaamisen tarkoituksena on löytää havaintojen välisiä eroja erilaisten asteikkojen avulla. (Vilkkä 2007, 28, 24, 45.)

## 4.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Valitsimme opinnäytetyön tutkimuksen kohteeksi sisätautien osastojen hoitajat, sillä psykiatriin sairauksiin liittyy muuta väestöä runsaampaa somaattista eli elimellistä sairastavuutta kuten sydän- ja verisuonitauteja, heikentyneitä glukositasapainoa sekä verenkuvan muutoksia (Koponen & Lappalainen 2015, Terveyskirjasto 2015). Tämän vuoksi oli perusteltua lähteä toteuttamaan kysely sisätautien osaston hoitajilla, jotka näitä fyysisistä sairauksista kärsiviä ihmisiä hoitavat.

Opinnäytetyön tutkimuksen kohderyhmänä olivat Lapin sairaanhoitopiirin sisätautiosastojen 5A ja 5B hoitajat. Osastolla 5A hoitajia oli 34 ja osastolla 5B oli 40 hoitajaa. Sisätautien vuodeosastolla 5A hoidetaan potilaita, joilla on erilaisia aineenvaihdunnan ja ruuansulatuselimistön sairauksia, veri-, infektio-, reuma- ja sydänsairauksia. Potilaspaikkoja osastolla on 34. 5B on 32-paikkainen vuodeosasto, jonka potilaat sairastavat pääosin munuais- ja sydänsairauksia. Neljä vuodepaikkaa keskittyy sydänvalvontaan. Osaston potilaista 60 % tulevat päivystyspoliklinikan kautta. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016c, 2016d.)

Määrällinen tutkimus voidaan toteuttaa joko kokonaistutkimuksena tai otantana. Kokonaistutkimus soveltuu käyttöön, jos populaatio eli tutkimuksen perusjoukko on vähäinen. Jos populaatio on suuri, valitaan ilmiön piiristä edustava otos. (Kananen 2014, 269). Otos on siis perusjoukon osa, jolla voidaan saada kuva koko populaatiosta (Vilka 2007, 56). Tämä opinnäytetyö toteutettiin kokonaistutkimuksena.

## 4.3 Aineiston hankinta

Opinnäytetyöhömmä liittyvä kysely käynnistyi tutkimusluvan anomisella, jonka toimitimme toimeksiantajalle 7.12.2015. Allekirjoitettu tutkimuslupa palautui meille 16.12.2015 ja samalla saimme ohjeistuksen olla yhteydessä osastojen 5A ja 5B osastonhoitajiin kyselyn käynnistämisestä. Tiedon saatuaamme olimme saman päivän aikana yhteydessä osastonhoitajiin Päivi Niemeläiseen ja Jaana Heikkiseen.

Tutkimusluvan saatuaamme aloitimme kyselylomakkeen laatimisen. Kyselylomakkeen alkuun kirjoitimme saatekirjeen, jossa selvitimme vastaajalle kyselylomakkeen käyttötarkoitusta, korostimme nimettömänä pysymisen suojaa ja kerroimme arvontaan osallistumismahdollisuudesta. Laadimme itse teoreettisen viitekehyksen pohjalta ja tutkimusongelmien perusteella kyselylomakkeeseen erilaisia väittämiä hoitajille. Väittämiä syntyi alkuun hyvin paljon ja jouduimme muokkaamaan väittämiä tiiviimpään muotoon. Lopulta saimme valmiiksi kyselylomakkeen, jossa oli väittämiä eri aihealueittain. Väittämät koskivat tavallisia psykiatrisen potilaan hoitotyön tilanteita hoitajien näkökulmasta. Näitä olivat hoitajien aiemmat kokemukset psykiatrisista potilaista, hoitajan ja psykiatrisen potilaan kohtaaminen ja hoitajien arvioima lisäkoulutustarve liittyen psykiatrisen potilaan hoitoon.

Käytimme kyselylomakkeessa vastausasteikkona Likertin asteikkoa, joka on suosittu mielipidemittari (Taulukko 2). Asteikko voidaan rakentaa 4-, 5-, 7- tai 9-portaiseksi. Perusajatuksena on, että keskikohdasta toisessa suunnassa kuvataan samanmielisyyttä ja toiseen suuntaan erimielisyyttä kuvaavat vaihtoehdot. (Vilkkä 2007, 46.) Likertin asteikon keskimäinen vaihtoehto on neutraali eli ”ei samaa eikä eri mieltä” (Vehkalahti 2014, 25). Jätimme vaihtoehdon ”en osaa sanoa” kokonaan pois. Tätä suosittaa myös Vehkalahti (2014, 26), sillä vastaus ”en osaa sanoa” voi olla hyvin kaukana neutraalista monesta eri syystä.

Taulukko 2. Likertin asteikko

1 Täysin samaa mieltä - 5 Täysin eri mieltä					
Koulutukseni on antanut riittävät valmiudet kohdata psykiatrisen potilas.	1	2	3	4	5

Pidimme tärkeänä, että jokainen vastaaja voi vastata kyselylomakkeeseen luottamuksella ja ilman pelkoa siitä että ulkopuolinen näkee vastaukset. Tätä varten valmistimme kaksi tiiviisti paperiin käärittyä palautuslaatikkoa, joiden sisältöä ei pystynyt näkemään. Teimme lisäksi erillisen palautuslaatikon arvontalipukkeelle, jolloin yhteystietoja ei voitu yhdistää lomakkeeseen.

Käytännön kysely voidaan toteuttaa paperisella lomakkeella, puhelimitse tai verkkopohjaisesti (Kananen 2014, 202). Paperinen lomake sopi tarpeeseemme paremmin, sillä halusimme säilyttää anonyymin vastausmahdollisuuden, mutta samalla tarjota vastaajille mahdollisuuden osallistua lahjakortin arvontaan. Arvontaa varten tarvitsimme vastaajan yhteystiedot. Tulostettuihin (Liite 4) kyselylomakkeisiin liitettiin irrotettava arvontalipuke. Tulostimme omakustanteisesti kyselylomakkeita yhteensä 80 kappaletta.

Toimitimme tulostetut kyselylomakkeet ennalta sovittuna aikana Lapin keskussairaalan sisätautien osastojen osastonhoitajille 7.1.2016, jonka jälkeen kysely käynnistyi. Kysely päättyi 31.1.2016 ja seuraavana päivänä haimme aineiston pois osastoilta. Kyselylomakkeita palautui yhteensä 32 kappaletta.

Kyselylomakkeen avulla annoimme kaikille osastolla työskenteleville hoitajille mahdollisuuden osallistua tutkimukseen. Toisaalta kyselylomakkeen etuna on myös monien kysymysten tai väittämien esittäminen samalle vastaajalle sekä nopea tulosten tallentaminen. Valitsemamme vastaus asteikko antoi jokaiselle vastaajalle mahdollisuuden vastata täysin samaan kysymykseen kuin muut vastaajat. Mielestämme tämä vastautapa sopi parhaiten tutkimukseen, koska halusimme vastauksista vertailukelpoiset keskenään. Toisaalta halusimme antaa vastaajille mahdollisimman helpon vastautavan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195, 201.)

Kyselylomakkeen haittapuolena on epävarmuus vastaajien suhtautumisesta tutkimukseen, esimerkiksi vastaajien rehellisyys vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen. Kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot eivät välttämättä ole kaikille vastaajille sopivia ja toisaalta väärinymmärryksiin emme voi vaikuttaa. Vastauksiin vaikuttaa myös vastaajan aiemmat tiedot ja kokemukset kysytystä aiheesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195.)

#### 4.4 Aineiston analyysi

Ensimmäiseksi latasimme toisen tekijän koneelle IBM SPSS Statistics –ohjelmiston, jonka sai lyhyeksi aikaa käyttöön maksutta internetistä. Haettuam-

me kyselylomakkeet osastoilta 1.2.2016 aloitimme vastausten työstämisen saman viikon aikana. Sovimme yhteisen ajan, jolloin pääsimme molemmat käsittelemään tuloksia. Tutkimustulosten analysointiin käytimme IBM SPSS Statistics -ohjelmaa, jolla muutimme kyselylomakkeilta saadun aineiston havaintomatriiksi. Havaintomatriisi koostui väittämistä, jotka sijoituivat havaintomatriisin sarakkeisiin sekä riveille syötetyistä muuttujista eli vastauksista (Kananen 2015, 287-288). Analysoinnin alussa numeroimme jokaisen kyselylomakkeen, jotta pystyisimme tarkistamaan mahdollisen vastauksen syöttövirheen ja se olisi ollut tällöin helposti tarkistettavissa. Tietojen syöttäminen tapahtui parityöskentelynä, jolloin pystyimme samalla hyödyntämään kaksoistarkistuksen tuomaa varmuutta. Toinen meistä syötti tuloksia ohjelmistoon ja toinen luki vieressä tuloksia paperilta ääneen. Epäselvissä tilanteissa, kuten tulosten syöttäjän klikkausvirheen tullessa, kävimme läpi koko vastauslomakkeen uudestaan.

Tietojen syöttämistä seuraa aineiston tiivistäminen, jolloin tulokset voidaan esittää suorina jakaumina, ristiintaulukointina sekä avointen kysymysten esittämisenä. Yksinkertaisin analyysitapa on suorat jakaumat, jolloin tulokset esitetään kysymyksittäin prosentteina ja kappalemäärinä. Ristiintaulukoinnilla pyritään selvittämään esimerkiksi ryhmien välisiä eroja, jolloin samanaikaisen tarkastelun alla on kaksi muuttujaa, selittävä ja selitettävä. (Kananen 2015, 287 - 291.) Tietojen syöttämisen jälkeen valitsimme tulosten kuvaamistavaksi piirakat niiden helppolukuisuuden vuoksi. Kuvioit työstimme Microsoft Excel-ohjelmalla. Tietojen tiivistäminen voidaan esittää taulukoina tai kuvioina, mutta ne eivät yksin riitä tulkinnaksi. Lisäksi tarvitaan sanallinen tulkinta, jossa tulee kiinnittää huomiota luettavuuteen. Kuvioista nostetaan tutkimusongelman kannalta oleelliset tiedot. (Kananen 2015, 298 - 301.) Kuvioiden valmistuttua avasimme niiden sisällön määrälliselle tutkimukselle tyypilliseen tapaan, jolloin lukijalle selitetään sanallisesti taulukon luvut. Tuloksissa keskityimme lähinnä suoriin jakaumiin, mutta nostimme esille merkittävimpiä asioita ristiintaulukoinnin avulla.

Kyselylomakkeessa oli lisäksi mahdollista vastata avoimiin kysymyksiin. Näihin kysymyksiin kuitenkin vastattiin niukasti ja lähes kaikki vastaukset liittyivät lisäkoulutustarpeeseen. Päätimme tuoda avoimet vastaukset kunkin aihealueen tulososioon.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

### 5.1 Vastaajien taustatiedot

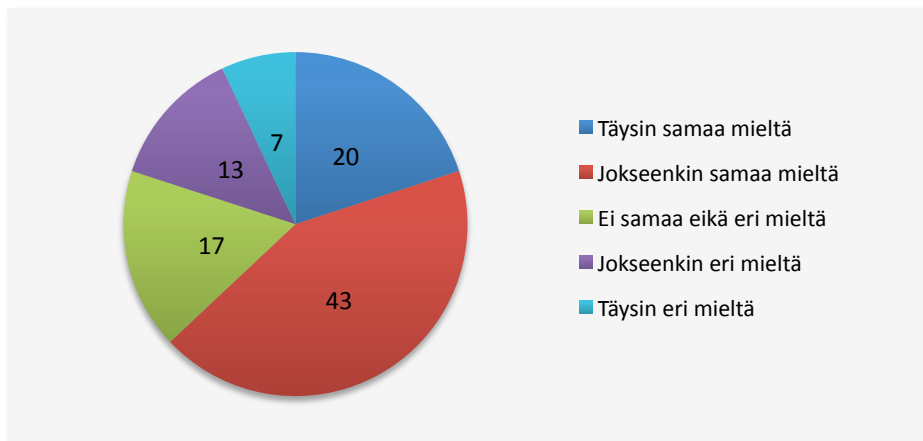
Kyselyn kohderyhmään kuului 74 potentiaalista vastaajaa. Vastauksia saimme 32 kappaletta, jolloin vastausprosentiksi muodostui 42. Enemmistö vastaajista olivat iältään 51 – 60-vuotiaita (n=14, 44 %), 31 – 40-vuotiaita oli toiseksi eniten (n=10, 31 %), enintään 30-vuotiaita oli toiseksi vähiten (n=5, 16 %) ja vähiten oli 41 – 50-vuotiaita (n=3, 9 %). Vastaajista puolet (n=16, 50 %) olivat korkeakoulututkinnon suorittaneita, seuraavaa enemmistöä edusti toisen asteen tutkinnon suorittaneita (n=12, 38 %), ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon (n=2, 6 %) ja muun tutkinnon (n=2, 6 %) olivat suorittaneet selvä vähemmistö. Suurin osa vastaajista omasi pitkän, yli 15 vuoden työkokemuksen (n=15, 47 %), 1-5 vuoden ja 6-10 vuoden työkokemusta oli vastaajilla molemmissa ryhmissä yhtä paljon (n=7, 22 % ja n=7, 22 %). 10-15 vuoden työkokemuksen omasi vastaajista vähemmistö (n=3, 9 %). (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Vastaajien taustatiedot

<b>Ikä</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
- 30	5	16
31 – 40	10	31
41 - 50	3	9
51 - 60	14	44
<b>Koulutus</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Toinen aste	12	38
Ammattikorkeakoulu	16	50
Ylempi ammattikorkeakoulu	2	6
Muu	2	6
<b>Työkokemus</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1 - 5 vuotta	7	22
6 - 10 vuotta	7	22
10 - 15 vuotta	3	9
Yli 15 vuotta	15	47

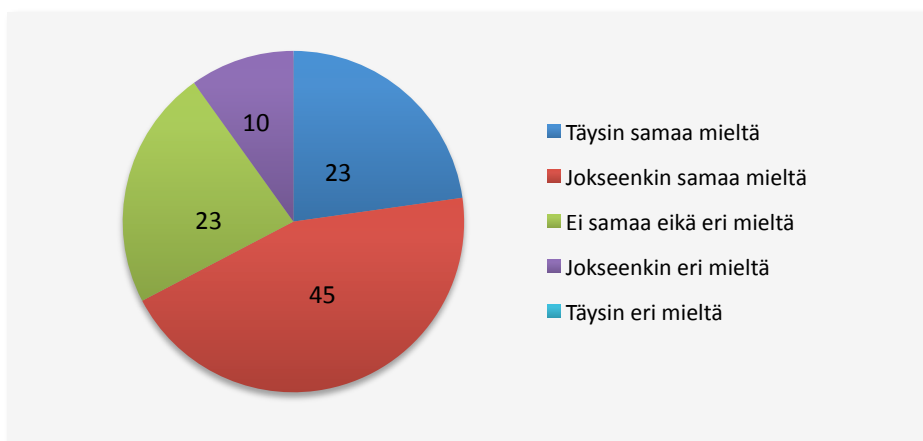
## 5.2 Psykiatristen potilaan kohtaaminen hoitajien arvioimana

Vastaajista 63 % (n=19) arvioi, että psykiatrinen potilaan kohdataan tasa-arvoisesti (täysin samaa mieltä n=6, 20 % ja jokseenkin samaa mieltä n=13, 43%). Eriävää mieltä oli vain 20 % vastaajista (täysin eri mieltä n=2, 7 %, jokseenkin eri mieltä n=4, 13 %). (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Psykiatristen potilaiden tasa-arvoinen kohtaaminen.

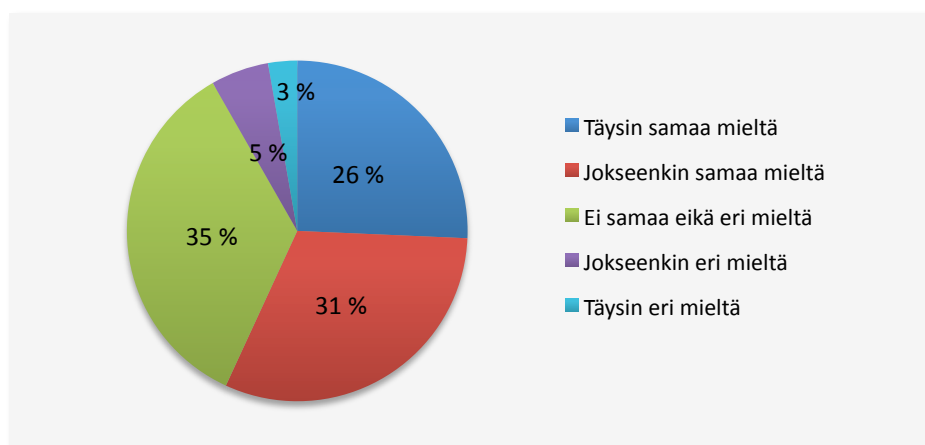
Vastaajat olivat kuitenkin melko samanmielisiä, että psykiatrinen potilas on haasteellinen hoidettava hänen tarvitsemansa runsaan henkisen tuen ja kannustuksen vuoksi. Samaa mieltä oli 67 %, n=21 (täysin samaa mieltä oli 23 %, n=7 ja jokseenkin samaa mieltä 44 %, n=14). Jokseenkin eri mieltä oli 10 % (n=3). Yksikään vastaajista ei ollut täysin eri mieltä. (Kuvio 2).



Kuvio 2. Psykiatristen potilaan haasteellisuus.

Psykiatrisen potilaan kohtaamista ei arvioitu haastavammaksi verrattuna muihin potilaisiin. Noin joka kolmas vastaaja (34 %, n=11) oli neutraalilla kannalla. Täysin samaa mieltä oli 28 % (n=9) ja jokseenkin samaa mieltä 25 % (n=8). Jokseenkin eri mieltä oli 13 % (n=4).

Psykiatrisen potilaan kohtaaminen vaatii enemmän aikaa kuin muiden potilaiden kohtaamiseen. Tätä mieltä oli vastaajista 62 %, n=20 (täysin samaa mieltä 28 %, n=11 ja jokseenkin samaa mieltä 28 %, n=9). Eri mieltä oli 9 %, n=3 vastaajista (täysin eri mieltä 3 %, n=1, jokseenkin eri mieltä 6 %, n=2). (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Psykiatrisen potilaan kohtaamisen vaatima aika.

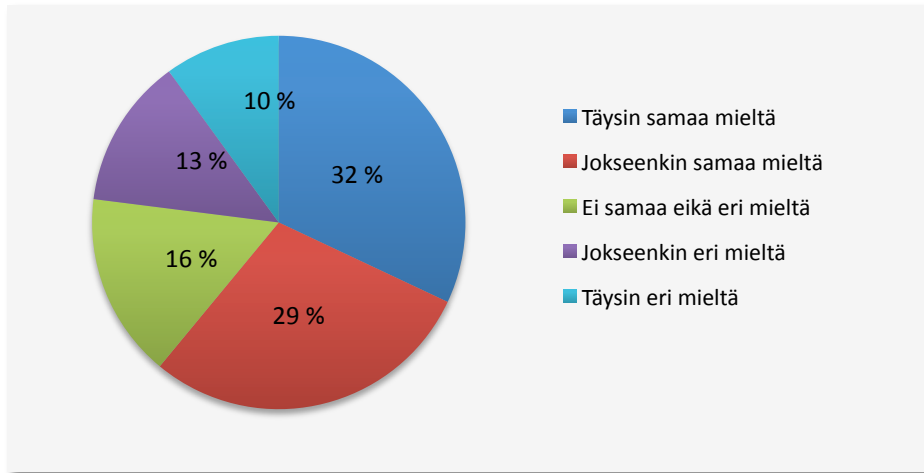
Hoitajat arvioivat, ettei heillä ole riittävästi aikaa keskustella psykiatrisen potilaan kanssa. Jopa 73 % (n=22) vastaajista arvioivat keskusteluun varatun ajan olevan riittämätön (täysin samaa mieltä n=13, 43 % ja jokseenkin samaa mieltä n=9, 30 %). Eri mieltä oli 4 vastaajaa (täysin eri mieltä n=2, 7 % ja jokseenkin eri mieltä n=2, 7 %).

*“Koulutus. Aikaa perehtyä psykiatrisen potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon.”*

Riittämättömyyden tunne on yleistä psykiatrisen potilaan kanssa työskennellessä. Vastaajista 61 % arvioi (täysin samaa mieltä n=10, n=32 %, jokseenkin samaa mieltä n=9, 29 %) tunteneensa riittämättömyyttä. Eri mieltä oli 23 % (täysin eri mieltä n=3, 10 %, jokseenkin eri mieltä n=4, 13 %). (Kuvio 4.) Yli puolet (n=17, 55 %) vastaajista arvioi, ettei psykiatrisen potilaan kohtaamiseen liity pelon tunteita (täysin eri mieltä n=7, 23 % ja osittain eri mieltä n=10, 32 %).

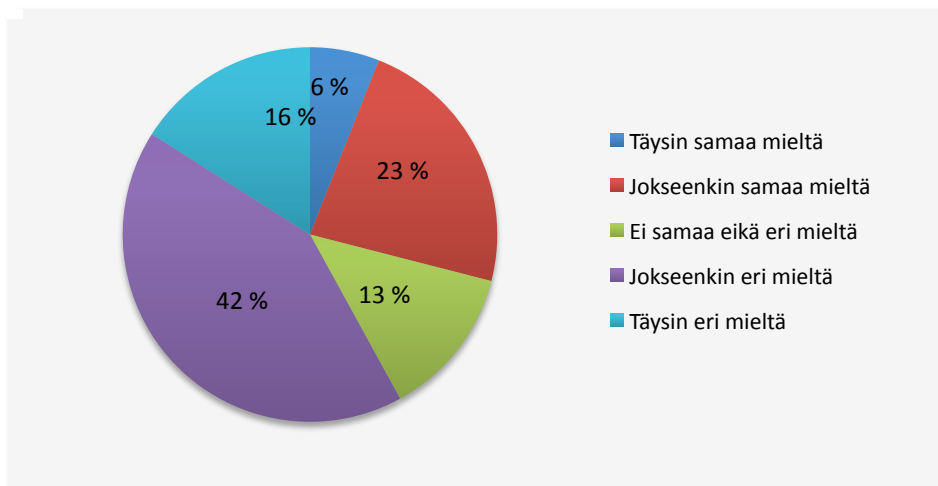


Kolmannes (n=10, 32 %) vastauksista olivat neutraaleja. Ainoastaan 13 % (n=4) vastaajista koki pelon tunteita.



Kuvio 4. Riittämättömyyden tunne.

58 % vastaajista (täysin eri mieltä n=5, 16 %, jokseenkin eri mieltä n=13, 6 %) ei arvioinut omaavansa negatiivisia asenteita psykiatrista potilasta kohtaan (Kuvio 5). Vastausten perusteella työyhteisössä ei ilmennyt negatiivisia asenteita psykiatrista potilasta kohtaan. Vastaajista vain noin viidennes (n=6, 19 %) oli havainnut kielteisiä asenteita psykiatrista potilasta kohtaan työyhteisönsä sisällä.



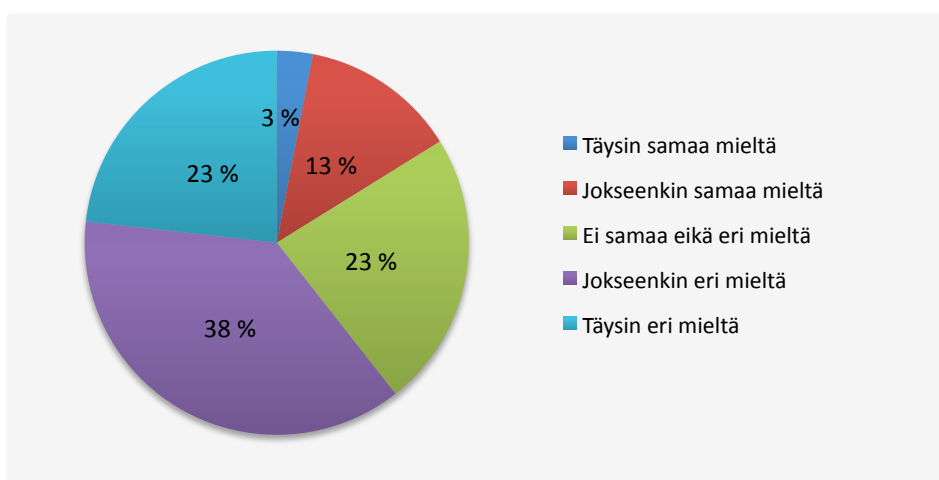
Kuvio 5. Negatiiviset asenteet psykiatrista potilasta.

### 5.3 Psykiatristen potilaiden hoito hoitajien arvioimana

Hoitajista yli puolet arvioi kohtaavansa psykiatrisen potilaan viikoittain (55 %, n=16) ja kuukausittain 34 % (n=10). 2 vastaajaa arvioi kohtaavansa psykiatrisen potilaan päivittäin (7 %). Psykiatrisen potilaan ei arvioitu sairastavan enemmän somaattisia sairauksia kuin ei psykiatrisen diagnoosin omaava ihminen. Yli puolet vastaajista (n=16, 53 %) oli neutraalilla kannalla. Hieman yli neljännes (n=7, 27 %) arvioi somaattista sairastavuutta olevan enemmän (täysin samaa mieltä n=2, 7 % ja jokseenkin samaa mieltä n=5, 17 %), kun taas eriävän arvion antoi 20 % (täysin eri mieltä n=3, 10 % ja jokseenkin eri mieltä n=4, 14 %).

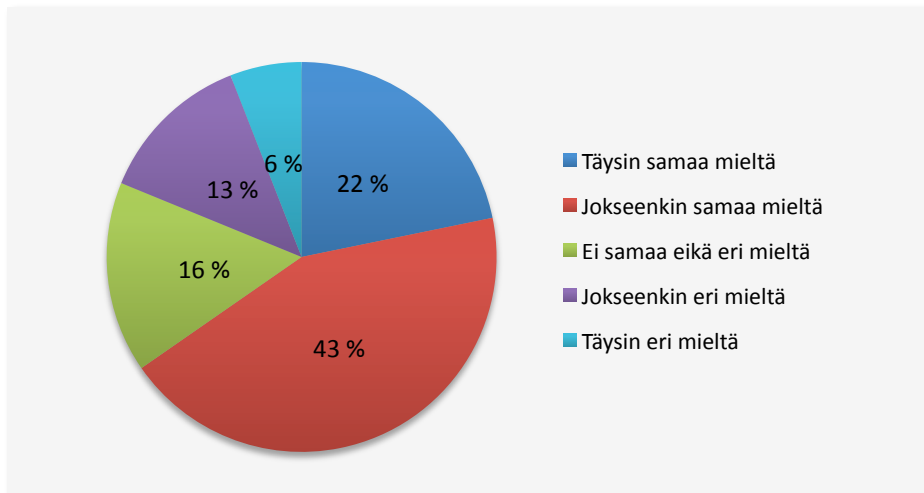
Kysyttäessä kokevatko hoitajat psyykkisen voinnin huomioinnin olevan helppoa somaattisen hoidon ohella, vastaajista eri mieltä oli 61 %, n=18 (täysin eri mieltä n=7, 23 % ja jokseenkin eri mieltä n=11, 28 %). Helpoksi psyykkisen voinnin huomioinnin arvioi 16 % vastaajista, n=7 (täysin samaa mieltä n=1, 3 % ja jokseenkin samaa mieltä n=4, 13 %). (Kuvio 6.)

*“Usein tuntuu, että psykiatrinen sairaus ja sen hoito saattaa jäädä vähemmälle huomiolle”.*



Kuvio 6. Psyykkisen voinnin huomiointi.

Hoitajista 41 % (täysin samaa mieltä n=1, 3 % ja jokseenkin samaa mieltä n=12, 38 %) arvioi, että psykiatrisen sairauden luoma häpeä vaikuttaa potilaan toimintakykyyn. 34 % (n=11) antoi neutraalin arvion ja 25 % oli eri mieltä (täysin eri mieltä n=2, 6 % ja jokseenkin eri mieltä n=6, 19 %). Psykiatrisen potilaan orientoituminen vaikuttaa hoitotyöhön. 65 %, n=21 (täysin samaa mieltä n=7, 22 %, jokseenkin samaa mieltä n=14, 43 %) arvioi, että potilaan orientoituminen aikaan ja paikkaan vaikeuttaa hoitotyötä. Eri mieltä oli vajaa viidennes (n=4, 19 %) vastaajista. (Kuvio 7.)

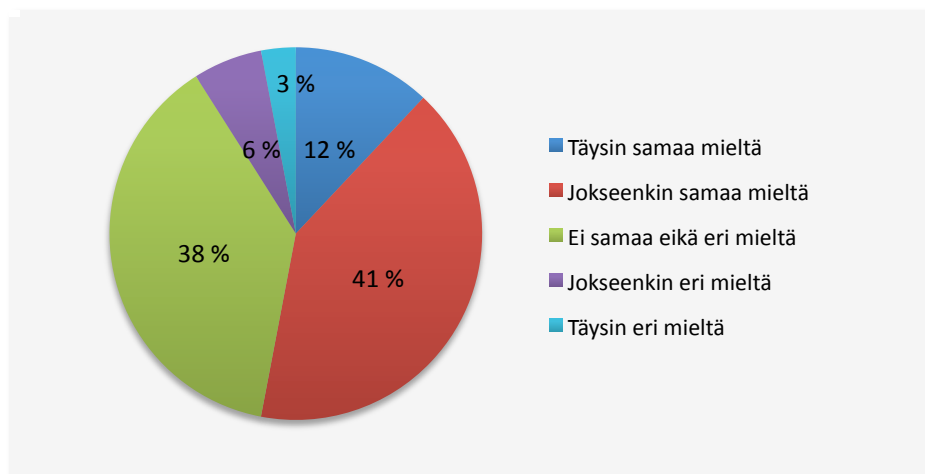


Kuvio 7. Potilaan orientoitumisen vaikutus laadukkaaseen hoitotyöhön.

Vastaajista yli puolet (täysin samaa mieltä n=4, 13 % ja jokseenkin samaa mieltä n=14, 44 %) arvioi potilaan käyttävän hankalasti tulkittavia ilmaisuja oireilleen ja se voi vaikuttaa hoidon laatuun. Vastaajat eivät kuitenkaan kokeneet potilaiden merkittävästi vähättelevän tai liioittelevan oireitaan. 35 % (n=11) vastaajista arvioi vähättelyä tapahtuvan (täysin samaa mieltä n=4, 13 % ja jokseenkin samaa mieltä n=7, 22 %), kun taas 44 % (n=14) oli eri mieltä (täysin eri mieltä n=4, 13 %, jokseenkin eri mieltä n=10, 31 %). Neutraalin arvion antoi viidennes vastaajista (n=7, 22 %). 41 % (n=13) vastaajista arvioi psykiatrisen potilaan liioittelevan oireitaan (täysin samaa mieltä n=5, 16 % ja jokseenkin samaa mieltä n=8, 25 %). Eri mieltä oli viidennes (täysin eri mieltä n=1, 3 %, jokseenkin eri mieltä n=6, 19 %). Neutraalin vastauksen antoi 38 % (n=12).

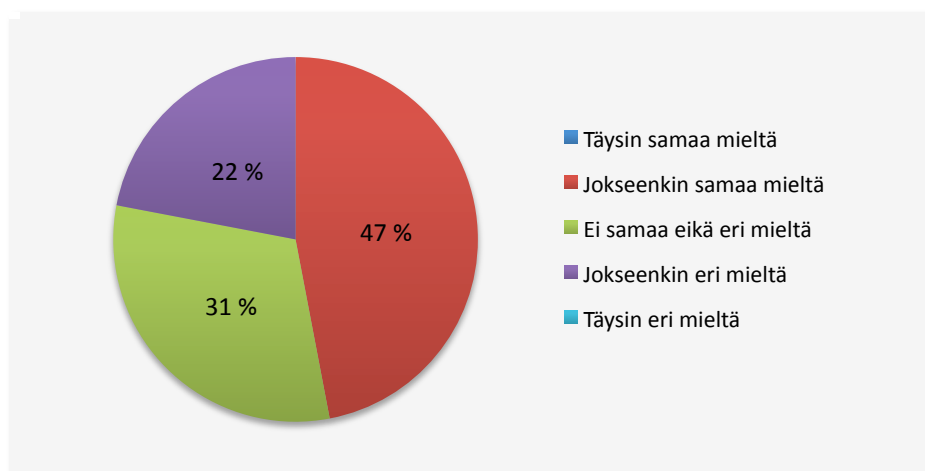
Psykiatristen potilaiden ei arvioitu noudattavan hoito-ohjeita. Vastaajista jopa 66 % (n=21) oli tätä mieltä (täysin samaa mieltä n=9, 28 % ja jokseenkin samaa

mieltä  $n=12$ , 38 %). Neutraalin arvion väittämään antoi 28 % ( $n=9$ ) hoitajaa. Eriävän arvion antoi 2 vastaajaa (täysin eri mieltä  $n=1$ , 3 %, jokseenkin eri mieltä  $n=1$ , 3 %). Yli puolet 53 % ( $n=16$ ) arvioivat, että psykiatrisen potilaan voi olla vaikea ymmärtää hoito-ohjeita (täysin samaa mieltä  $n=4$ , 12 % ja jokseenkin samaa mieltä  $n=12$ , 38 %). Täysin eri mieltä oli 1 vastaaja (3%) ja jokseenkin eriävän arvioin antoi 6 % ( $n=2$ ). Neutraalin arvion antoi 38 % ( $n=12$ ). (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Psykiatrisen potilaan vaikeus ymmärtää hoito-ohjeita.

Lähes puolet ( $n=15$ , 47 %) vastaajista arvioivat, etteivät negatiiviset asenteet vaikuta psykiatrisen potilaan hoitotyöhön (täysin eri mieltä  $n=5$ , 16 % ja jokseenkin eri mieltä  $n=10$ , 31 %). Päinvastaisen arvion antoi 25 % ( $n=8$ ) ja neutraaliin vastaukseen päätyi 20 % ( $n=28$ ). (Kuvio 9.)

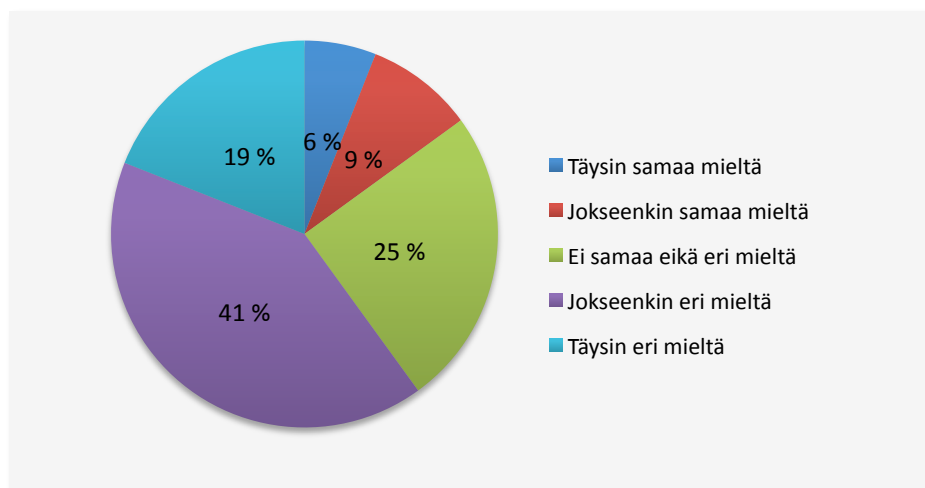


Kuvio 9. Vaikeus puuttua haitallisiin elintapoihin.

Enemmistö vastaajista (47 %, n=15) arvioi että psykiatrisen potilaan kertomat oireet otetaan tosissaan (täysin samaa mieltä n=3, 9 % ja jokseenkin samaa mieltä n=12, 38 %). Hoitajista 12 % antoi päinvastaisen arvion (täysin eri mieltä n=1, 3 % ja jokseenkin eri mieltä n=6, 19 %). Iso osa eli 31 % (n=10) vastaajista oli kuitenkin neutraalilla kannalla. Lähes puolet vastaajista (n=15, 47 %) arvioi, että psykiatrisen potilaan haitalliseen terveyskäyttäytymiseen on vaikea puuttua. Eriävän arvion antoi viidennes (n=7, 22 %) ja neutraalin 31 % (n=10).

#### 5.4 Osaamisen arviointi ja lisäkoulutuksen tarve

Vain 15 % (n=5) hoitajista arvioivat koulutuksen antamien valmiuksien olevan riittäviä kohdata psykiatrisen potilas. Tyytyväinen koulutuksen tuomaan osaamiseen oli yksi vastaaja. (Kuvio 10). Toisen asteen tutkinnon omaavista jopa 67 % (n=8) arvioi koulutuksen olevan riittämätön psykiatristen potilaiden kohtaamista ajatellen (täysin eri mieltä n=3, 25 % ja jokseenkin eri mieltä n=5, 42 %). Ammattikorkeakoulututkinnon riittämättömäksi arvioivat 50 % vastaajista (täysin eri mieltä n=2, 12 % ja jokseenkin eri mieltä n=6, 38 %). Eriävän arvion antoi 19 % sairaanhoitajista (täysin samaa mieltä n=2, 12 % ja jokseenkin samaa mieltä n=1, 6 %).

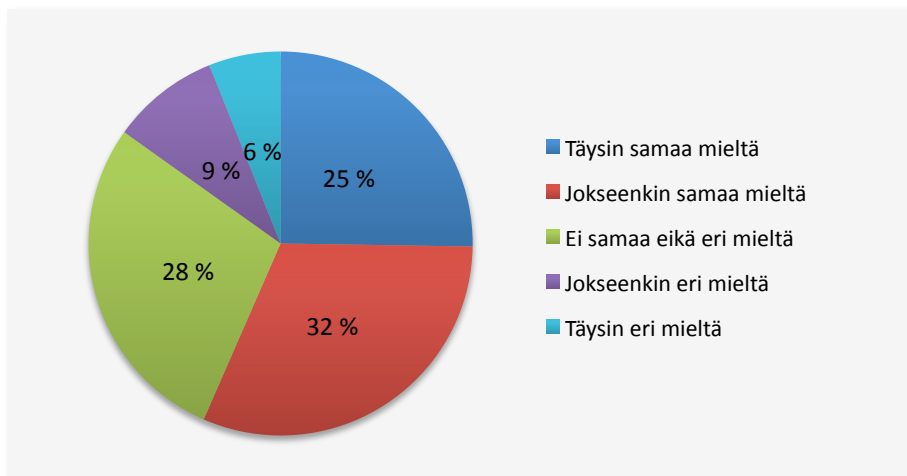


Kuvio 10. Koulutuksen tarjoama valmius kohdata psykiatrisen potilas riittävää.

*“Koulussa nopeasti käyty psykiatriset luennot sekä psykiatrisen opintojakson harjoittelun poisjäänti/puuttuminen on vaikuttanut oppimiseen/taitoihin psykiatrisen potilaan kanssa.”*

Yli puolet (n=18, 57 %) vastaajista (n=8, 25 % ja n=10, 32 %) tarvitsee täydennyskoulutusta vuorovaikutuksesta psykiatrisen potilaan kanssa. (Kuvio 11.) Lähes yhtä moni arvioi, ettei heillä ole riittävästi keskusteluosaamista psykiatrisen potilaan kanssa. Tätä mieltä hoitajista oli 63 %, n=20 (täysin samaa mieltä n=7, 22 % ja jokseenkin samaa mieltä n=13, 41 %). Vain kaksi (täysin eri mieltä n=2, 6 %) hoitajaa antoi eriävän arvion.

Koulutustasolla ei ollut juuri merkitystä vuorovaikutuskoulutuksen tarpeeseen. Sen sijaan pidemmän työkokemuksen omaavat hoitajat arvioivat tarvitsevansa lisäkoulutusta vuorovaikutuksesta psykiatrisen potilaan kanssa enemmän, kuin alle 5 vuotta työskennelleet. Alle viisi vuotta työskennelleistä 42 % (n=3) arvioi tarvitsevansa lisäkoulutusta, kun vastaava luku yli 15 vuoden työkokemuksen omaavista oli 60 %, n=9 (täysin samaa mieltä n=6, 47 % ja jokseenkin samaa mieltä n=3, 13 %).



Kuvio 11. Lisäkoulutustarve vuorovaikutuksesta.

Hoitajista 40 %, n=13 (täysin samaa mieltä n=2, 6 % ja jokseenkin samaa mieltä n=11, 34 %) arvioi tarvitsevansa lisäkoulutusta psykiatristen sairauksien vaikutuksesta potilaan elämään. Hoitajista vähemmistö (täysin eri mieltä n=2, 6 % ja jokseenkin eri mieltä n=3, 9 %) oli eri mieltä.

*“Enemmän koulutuksia työyhteisöille!”*

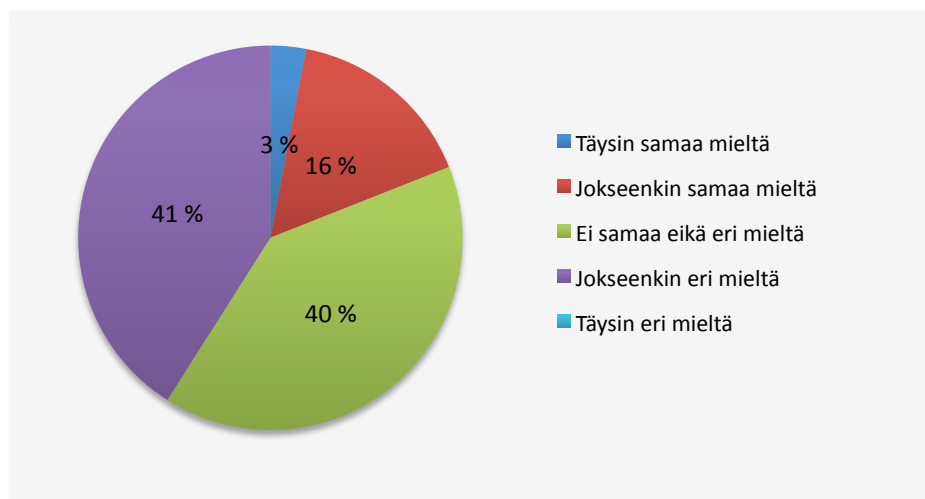
*“Koulutusta tarvittaisiin, osastotunti esim.”*

Enemmistö (n=13, 41 %) hoitajista arvioi psykiatristen sairauksien hallitsemisen puutteelliseksi ja vain yksi (n=1, 3 %) hoitaja koki hallitsevansa psykiatriset sairaudet hyvin. (Kuvio 12).

*“Koulutukset (myös kokemuskouluttajat). Käytännön harjoitukset. Mahdollisuus tutustumisjaksoon psykiatrian osastolla tai poliklinikalla.”*

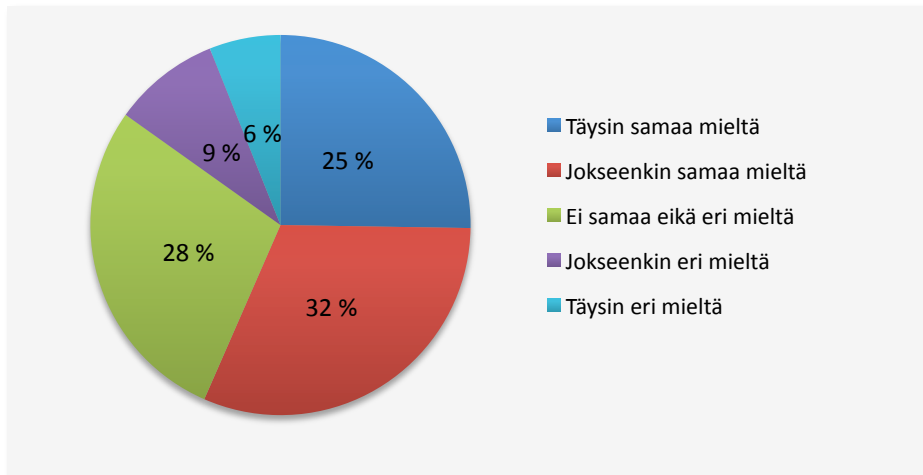
*”Työnkierto psykiatrian osasto(i)lla.”*

*“Koulutusta uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen.”*



Kuvio 12. Psykiatristen sairauksien hallinta.

Vastaajista yli puolet (jokseenkin eri mieltä n=12, 39 % ja täysin eri mieltä n=4, 13 %) arvioivat oman osaamisensa puutteelliseksi psyykenlääkkeiden vaikutusmekanismista kysyttäessä. Tämä näkyi myös toisessa väittämässä, jossa hoitajista selvästi yli puolet (täysin samaa mieltä n=8, 25 % ja jokseenkin samaa mieltä n=10, 32 %) arvioivat tarvitsevansa lisäkoulutusta psyykenlääkkeistä (Kuvio 13). Hoitajista yksikään ei arvioinut hallitsevansa yleisimpien psyykenlääkkeiden vaikutusmekanismia erittäin hyvin. Vain kaksi hoitajaa (n=2, 6 %) arvioivat oman osaamisensa psyykenlääkkeiden kohdalla riittävän hyväksi, ettei kokenut tarvetta lisäkoulutukselle.



Kuvio 13. Lisäkoulutuksen tarve psyykenlääkkeistä.

Hoitajista reilu kolmannes (n=11, 34 %) arvioi omassa osaamisessaan olevan puutteita, kun arvioidaan psyykenlääkkeiden ja muiden lääkkeiden yhteisvaikutuksia. Vajaa viidennes (n=6, 19 %) hoitajista arvioi tunnistavansa yleisimpien psyykenlääkkeiden haittavaikutukset. Neutraaleja vastauksia haittavaikutuksista hoitajat antoivat eniten (n=13, 41 %). Lisäkoulutusta psykiatrisen potilaan kohtaamiseen arvioi tarvitsevansa vajaa viidennes hoitajista (n=6, 19 %) sekä lisäkoulutusta psykiatrisen potilaan somaattisen hoidon tarpeen arviointiin koki tarvitsevansa vain muutama hoitaja (n=4, 13%).

*“Lisää tietoa lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista. Lisää tietoa sairauksista.”*



## 6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Yksi tieteenfilosofian peruskysymyksistä on, onko olemassa yhtä totuutta. Keskustelu totuudesta on johtanut eri koulukuntiin, joiden ääripäissä ovat absoluuttisen totuuden kannattajat ja sen kieltäjät. Jokainen ymmärtää totuuden omalla tavalla. Tieto muuttaa totuutta sitä myötä, kun tieto kehittyy. (Kananen 2015, 337-338.)

Tutkimusprosessi on altis virheille. Tiedostetut tai tiedostamattomat virheet voivat johtua tutkijasta, tutkittavasta tai aineistoista. Tutkija on nimittäin se tekijä, joka eniten vaikuttaa työn luotettavuuteen. Eniten tutkijan osuus vääristää tuloksia laadullisessa tutkimuksessa, jos tutkija ja tutkittava ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa. Määrällisessä tutkimuksessa edellä kuvatun kaltainen tilanne on pienemmässä roolissa, sillä aineisto kerätään tutkimuslomakkeella. Vaikka määrällistä tutkimusta pidetään objektiivisempänä, vastaajat voivat ymmärtää kysymykset omasta kontekstistaan, eikä tuotettu tieto ole täysin objektiivista. (Kananen 2015, 337-340.)

Opinnäytetyötä tekevien on havaittu usein aloittavan luotettavuuden arvioinnin prosessin loppuvaiheessa, vaikka laadun varmistaminen tulee aloittaa jo aihetta ideoidessa. Tällöin voidaan puhua riskienhallinnasta. (Kananen 2015, 338-340.) Näin kävi myös tämän opinnäytetyön tekijöille. Luotettavuus ja sen arviointi tulivat mukaan vasta kun virhe havaittiin. Virhe oli kysymyslomakkeen ohjeissa, joka tuli ilmi kyselyn viimeisinä päivinä. Olimme ohjeistaneet hoitajia vastaamaan asteikolla 1 - täysin samaa mieltä, 5 - täysin eri mieltä. Ohjeita tarkentavaan lauseeseen ohjeistuksemme tuli päinvastoin. Onneksemme olimme keranneet ohjeistuksen uudelleen kysymysarjojen alkuun muotoon 1 - täysin samaa mieltä, 5 - täysin eri mieltä.

Mittauksen luotettavuutta kuvaavat käsitteet realibiliteetti ja validiteetti. Realibiliteetti kertoo tutkimustuloksen pysyvyyttä ja toistettavuutta ja validiteetti ilmoittaa pätevyyden. (Vehkalahti 2014, 40.) Reliaabelius ja validius muodostavat yhdessä kokonaisluotettavuuden. Kokonaisluotettavuus on hyvä silloin, kun otos edustaa perusjoukkoa, mittaamisessa on vain vähän virheitä, käytetty lo-

make on testattu, tiedot syötetään huolella ja tutkimusprosessi toteutetaan rehellisesti. Tutkimusaiheen, tutkimusongelman, teorian muodostamisen sekä lomakkeen kriittinen arviointi ovat myös tärkeitä asioita opinnäyteprosessissa. (Vilkkä 2007, 152-153.)

Kysely kohdennettiin Lapin keskussairaalan sisätautien osastojen hoitohenkilöstölle. Vastauksista tuli ilmi, että suurin osa hoitajista kohtaa psykiatrista sairautta sairastavan potilaan viikoittain eli melko usein. Tämä kertoo siitä, että kyselyn kohderyhmä oli hyvin valittu ja edustaa perusjoukkoa. Sen sijaan vastausprosentti jäi pienemmäksi, kuin olimme alun perin toivoneet. Olimme varautuneet siihen, että vastauskato voi yllättää määrällisessä tutkimuksessa ja siksi halusimme lisätä vastaamisen houkuttelevuutta lahjakortin arvonnalla vastaajien kesken. Tästäkin huolimatta vastausprosentti oli ainoastaan 42 %. Syy alhaiselle vastausprosentille voi olla kiire, mutta myös se että kyselylomakkeet sijaitsivat osastojen kahvihuoneissa, jolloin on voinut esiintyä haluttomuutta käyttää kahvi- tai lounastaukoa vastaamiseen. Toisaalta ympäristön häiriötekijät kuten keskustelu saman aikaisesti toisen henkilön kanssa tai jatkuvat keskeytykset saattoivat vaikuttaa vastaajan mahdollisuuteen keskittyä vastaamiseen. Kysymyksiä oli paljon johtuen tutkittavan aiheen laajuudesta, joten se saattoi olla yhtenä tekijänä vastausten vähäiseen määrään.

Tutkimuksemme kokonaisluotettavuutta heikentää laatimamme mittarin virhe. Näin jälkikäteen ajateltuna lomake olisi pitänyt testata paremmin, jotta virheeltä olisi voitu mahdollisesti välttyä. Tapahtunut virhe luonnollisesti heikentää tutkimuksemme luotettavuutta. Lähdimme kuitenkin tarkastelemaan opinnäytetyömme pysyvyyttä ja pätevyyttä vertailemalla osia saamistamme tuloksista saman aihealueen opinnäytetöihin. Vertailu osoitti, että saamamme vastaukset ovat linjassa muiden vastaavien tutkimusten kanssa ja voimme mittarin virheestä huolimatta todeta vastausten olevan käytetyn mittarin mukaisia.

Juhola (2014, 28) on tutkinut opinnäytetyössään psykiatristen potilaiden hoitotyön laatua Satakunnan sairaanhoitopiirin sisätautien osastolla. Tutkimukseen vastaavien mukaan potilaat kohdataan tasa-arvoisesti huolimatta psykiatrisesta diagnoosista. Hoitajat tarvitsivat lisää aikaa keskusteluun psykiatrisen potilaan

kanssa, koulutusta psykiatrisen potilaan kohtaamisesta, psykiatrisista sairauksista ja psyykenlääkkeistä.

Kaappola (2009, 16) havainnoi laadullisessa opinnäytetyössään mielenterveyspotilaan kohtaamista Forssan sairaalan sisätautiosastolla. Hoitajien mukaan mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen liittyy runsaasti negatiivisia tunteita, kuten turhautumista, ärtymystä ja riittämättömyyttä. Myös tässä opinnäytetyössä hoitajat pyrkivät tasa-arvoiseen kohteluun, mutta kiire ja ajanpuute koettiin esteenä riittävälle vuorovaikutukselle mielenterveyspotilaiden kanssa (Kaappola 2009, 19).

Ajanpuute ja lisäkoulutustarve nousivat esille myös Annika Korkeamäen opinnäytetyössä. Tässä Porin terveyskeskusten vuodeosastoille kohdennetussa kyselyssä hoitajat arvioivat kohtaavansa mielenterveyden häiriöitä sairastavia potilaita viikoittain. Vastaajista valtaosa koki, että mielenterveyspotilaita kohtaan on vain vähän tai ei ollenkaan kielteisiä asenteita. (Korkeamäki 2006, 30, 35, 39.)

Kokonaisuutena lisää huolellinen tietojen syöttäminen ja käsittely sekä tutkimusprosessin rehellisyys. Tämän vaiheen teimme erityisen tarkasti. Kyselylomakkeet saatuaamme käsitelimme jokaisen lomakkeen yksitellen kohdalta edeten. Tulokset käsiteltiin paikassa, jossa ulkopuolinen ei pystynyt näkemään lomakkeiden tietoa. Olemme myös suojelleet tutkittavien yksityisyyttä hävittämällä vastauslomakkeet sekä yhteystiedot sisältävät arvontakupongit. Vastaajille korostettiin vastausten anonyymiutta. Tuloksista muodostetut tiedostot säilytimme tietokoneillamme, jolloin niihin ei ollut ulkopuolisella pääsyä. Kyselylomakkeen väittämät on esitetty puolueettomasti, vaikuttamatta vastaajan valitsemaan vastausvaihtoehtoon.

Tutkimuksen tulosten raportointi on ollut läpinäkyvää ja rehellistä. Olemme tuoneet työssämme ilmi kyselylomakkeessa tapahtuneen virheen ja sen mahdollisen vaikutuksen tutkimustulokseen. Kuitenkin vertailu samankaltaisiin opinnäytetöihin on tuonut varmuutta, että vastaajien ymmärrys kyselylomakkeen aseteikosta vastaa omaamme. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää käyttämämme ohjaus opinnäytetyöhön.

Ennen tutkimuksen aloittamista perehdyimme Lapin sairaanhoitopiirin ohjeisiin koskien opinnäytetöiden eettisyyttä (Lapin sairaanhoitopiiri 2016b). Opinnäyte-työhömmme liittyvä tutkimus vaati luvan (Liite 1), jonka toimeksiantajamme myönsi hakemuksesta (Liite 2). Luvan saatuamme tiedotimme tutkimuksen koh-teena olevien osastojen osastonhoitajia tulevasta kyselystä. Tutkimuksen al-kuun laadimme saatekirjeen, jossa kerroimme tutkimukseen osallistuville hen-kilöille lyhyesti vapaaehtoisuudesta osallistua tutkimukseen, tutkimustavasta, miksi tutkimus tehdään sekä tietosuojasta ja vastaajan yksityisyyden suojasta. (Tutkimuseettinen tiedekunta 2014.)

Tutkimuksessamme saimme hyvän kokonaiskuvan sisätautiosastoilla työsken-televien hoitajien valmiuksista kohdata psykiatrinen potilas. On kuitenkin huo-mioitava, että määrällisen tutkimukseen osallistuva ihminen voi pahimmillaan vastata kysymyksiin asioita kaunistellen, vähätellen ja epärehellisesti (Vilka 2007, 153). Kyselylomakkeeseen oli tuotu väittämiä asenteista ja negatiivisista tunteista psykiatrista potilasta kohtaan. Nämä asiat eivät välttämättä ole helppo-ja aiheita vastata rehellisesti, joten tämä on voinut osaltaan vaikuttaa vastaus-prosenttiin, mutta myös itse vastauksiin. Tutkimme työssämme myös hoitajien lisäkoulutustarvetta psykiatrisen potilaan kohtaamiseen ja tässä osiossa vastaa-jat olivat aktiivisia. Vapaassa osiossa hoitajat toivat esiin näkökulmia lisäkoulu-tustarpeeseen, joita emme itse olleet ajatelleet lomaketta laatiessamme. Nämä näkökulmat lisäkoulutustarpeesta toivat lisäarvoa tutkimuksellemme.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Oma ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyöprosessin alussa pohdimme mikä olisi ajankohtainen ja mielenkiintoinen aihe työllemme. Me molemmat olemme kiinnostuneita muun muassa vuorovaikutuksesta, potilaiden tasa-arvoisesta kohtelemisesta ja omaamme halun ylläpitää korkeaa etiikkaa työssämme. Aiheemme valikoitui juurikin potilaiden saaman hoidon eriarvoisuuden ja terveyserojen perusteella. Emme kumpikaan olleet aiemmin tehneet minkäänlaista tutkimusta, joten tämä prosessi oli jatkuvaa uuden oppimista aina tarvittavien tutkimuslupien osalta niin kuin itse työn kirjoittamisen osalta.

Päädyimme opinnäytetyössämme tutkimaan hoitajien valmiuksia kohdata psykiatrisen potilas. Taustalla on runsaasti tutkittua tietoa siitä, että psykiatrisen sairauden kanssa elävä ihminen sairastaa runsaammin somaattisia sairauksia ja saa heikompaa hoitoa niihin. Pääpaino tutkimuksessamme on kohtaamisessa ja hoitajien lisäkoulutustarpeessa, mutta kyselylomakkeessa ja niiden tuloksissa käsitelimme myös muut aiheen myötä esille tulleet näkemykset.

Tutkimuksemme alussa määrittelimme tutkimusongelmat, jotka olivat seuraavat: Millaiseksi hoitajat arvioivat valmiutensa kohdata psykiatrisen potilas somaattisella osastolla? Millaista lisäkoulutusta hoitajat arvioivat tarvitsevansa psykiatristen potilaiden kohtaamiseen? Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen aloimme aktiivisesti työstämään teoreettista viitekehystä työllemme. Havaitimme, että tietoa valitsemastamme opinnäytetyön aiheesta oli valtavasti, mutta löytämämme tieto oli hyvin lääketieteellistä eikä niinkään hoitotieteellistä. Tämä tietoviidakon kahlaaminen kehitti meitä niin tiedonhakijoina kuin tiedon kriittisinä tarkastelijoina. Opiskeluihimme on kuitenkin liittynyt runsaasti erilaisen esseiden ja raporttien laatimista, joten koimme luotettavien lähteiden ja tutkimusten löytymisen helpoksi. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi myös se, että suurin osa käyttämistämme lähteistä on melko tuoreita.

Kyselylomakkeen työstövaihe eteni nopeasti ja jouhevasti. Kyselylomake kävi myös ulkopuolisella luettavana, mutta kaikesta huolimatta emme huomanneet alkutekstissä olevaa ristiriitaa. Tästä saimme tiedon eräältä kyselylomakkeen vastaajalta, kun kyselymme oli toiseksi viimeistä päivää käynnissä osastoilla. Tässä vaiheessa pohdimme, että meidän täytyy tehdä uusi tutkimus. Ajattelimme virheen olevan niin häiritsevä, että emme voisi käsitellä kyselylomakkeiden vastauksia tulosten luotettavuuden pahasti kärsiessä. Tuona iltana pohdimme eri vaihtoehtoja tilanteen ratkaisemiseksi. Meitä harmitti suuresti tapahtunut virhe, koska olimme molemmat panostaneet työhön paljon aikaa ja vaihua. Tästä näkökulmasta emme ole täysin tyytyväisiä työmme tulokseen, mutta kuten Kananen teoksessaan kirjoittaa (2014, 337) tutkimus on altis virheille ja kaikille tutkijoille voi tapahtua inhimillisiä virheitä. Mahdollisesti kyselylomakkeen luetuttaminen muutamalla täysin ulkopuolisella ihmisellä olisi voinut olla virheen ajoissa esiin tuova ratkaisu. Tehdyt virheet ovat kuitenkin erittäin opettavaisia, joten jos päädyimme tulevaisuudessa tekemään tutkimusprosessia, samankaltainen virhe ei kohdallamme toistu.

Opinnäyteprosessi kokonaisuudessaan oli hyvin kasvattava kokemus. Teoria itsessään oli mielenkiintoista ja olisimme voineet hakea ja yhdistellä tietoa lopputomiin. Raja oli kuitenkin vedettävä jossain vaiheessa, muutoin työmme ei olisi valmistunut ajallaan. Kipuulia aiheutti kyselylomakkeen virhe ja pohdinta luotettavuudesta. Tämän voisi kuitenkin sanoa olleen prosessin opettavaisin osuus. Ymmärrämme ja muistamme jatkossa, että kiire ja huolimattomuus vaikuttavat asioihin hyvinkin kauaskantoisesti.

Sairaanhoitajakoulutuksessa olemme saaneet opetusta potilaan kohtaamisesta, etiikasta ja psyykkisistä sairauksista. Tämä opinnäytetyö lisäsi meidän molempien tietoa vuorovaikutuksesta ja mielenterveyden moninaisuudesta. Tämä opinnäytetyö antoi myös ajattelun aihetta meidän itsemme käyttäytymisestä hoitajana potilaskontaktissa ja potilaan ammatillisesta sekä tasa-arvoisesta kohtaamisesta. Hoitotyössä potilaita kohdataan päivittäin monta kertaa ja jokainen kohtaaminen on aina uusi tilanne. Tämän opinnäytetyön myötä havaitsimme kuinka tärkeää on keskittyä juuri siihen potilaaseen, jonka kanssa olemme sillä hetkellä työskentelemässä.

Havaitsimme, että pitkän työkokemuksen omaavat hoitajat arvioivat tarvitsevana lisäkoulutusta vuorovaikutuksesta ja potilaan kohtaamisesta kuin lyhyen työkokemuksen omaavat hoitajat. Tämän havainnon jälkeen pohdimme, että onko hoitajien koulutustaso parantunut tältä osin vuosien saatossa vai arvioivatko vähäisen työkokemuksen omaavat hoitajat kehityskohteensa enemmän kliinisen osaamisen puolelle kuin vuorovaikutuksen puolelle. Toisaalta uusilla hoitajilla voi olla tarve päästä tekemään käsillä erilaisia kliinisiä tehtäviä ja oppia niistä uutta. Hoitajien tulisi kuitenkin muistaa, että kaiken sen kliinisen toiminnan keskiössä on aina ihminen ja ihmisen kunnioittava kohtaaminen on tärkeää.

## 7.2 Johtopäätökset

Määrällisessä tutkimuksessa pohditaan tuloksia peilaten niitä aiempiin tutkimustuloksiin, teorioihin ja perinteisiin ja näiden perusteella muodostetaan johtopäätöksiä sekä niiden merkitystä. Tulokset esitetään ja selitetään tutkimusongelmien pohjalta. (Vilka 2007, 147.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sisätautien osastolla työskentelevien hoitajien valmiuksia kohdata psykiatrisen potilas sekä arvioitu lisäosaamisen tarve. Tässä osiossa olemme koonneet olennaiset vastaukset tutkimuskysymyksiin:

1. Psykiatrisen potilaan kohtaaminen tapahtuu tasa-arvoisesti ja ilman negatiivisia asenteita.
2. Psykiatrisen potilaan kohtaamiseen liittyy negatiivisia tunteita kuten riittämättömyyttä ja osaamisen puutetta.
3. Psykiatristen potilaiden arvioitiin vaativan runsaasti enemmän henkistä tukea ja kannustusta ja se koettiin haastavammaksi.
4. Hoitajilla ei ole riittävästi aikaa tai riittävää ammattitaitoa keskustella psykiatrisen potilaan kanssa.
5. Hoitajien mukaan potilaan psyykkisen voinnin huomioiminen on haastavaa somaattisen hoidon ohella.
6. Tutkintoon johtanut koulutus on antanut puutteelliset valmiudet psykiatrisen potilaan kohtaamiseen.

7. Vastaajat arvioivat tarvitsevansa lisäkoulutusta vuorovaikutuksesta psykiatrisen potilaan kanssa, psyykenlääkkeistä ja niiden vaikutusmekanismista sekä tietoa psykiatrisista sairauksista.
8. Hoitotyön laatuun vaikuttaa potilaaseen liittyvät tekijät kuten potilaan orientoituminen, hankalasti tulkittavat ilmaisut sekä hoito-ohjeiden ymmärtämättömyys ja noudattamatta jättäminen.

Tulosten perusteella psykiatriset potilaat kohdataan tasa-arvoisesti eikä kohtaamisen arvioida olevan haastavampaa verrattuna muihin potilaisiin. Psykiatristen potilaiden arvioitiin kuitenkin vaativan runsaasti enemmän henkistä tukea ja kannustusta ja se koettiin haastavammaksi. Negatiivisten asenteiden ei arvioitu vaikuttavan hoitoon. Tutkimustuloksemme on kuitenkin vastoin kirjallisuutta, jossa kuvataan negatiivisten negatiivisia asenteita olevan psykiatrista potilasta kohtaan. Leino-Kilpi ja Välimäki (2014, 267) kirjoittavat, ettei hoitohenkilöstö välttämättä ole tietoinen omasta kielteisestä asennoitumisesta vaan se voi tulla esiin vasta käytännön työssä.

Vastaajat tunnistivat itsessään kuitenkin negatiivisia tunteita, kuten riittämättömyyttä ja osaamisen puutetta. Hoitajien mukaan potilaan psyykkisen voimien huomioiminen on haastavaa somaattisen hoidon ohella. Sen sijaan potilaan kertomat oireet otetaan todesta. Toisaalta hoitajat arvioivat, että osastolla ei ole riittävästi aikaa keskustella psykiatrisen potilaan kanssa eikä oma ammattitaito riitä tällaiseen keskusteluun. Monissa sairaaloissa on käytettävissä psykiatrisen sairaanhoitajan palveluita ja moni varmasti mielellään hyödyntää niitä. Sairaanhoitajan vähimmäisosaamiseen kuitenkin sisältyy mielenterveyspotilaan kohtaaminen eri ympäristöissä, joten hoitajan tulee pystyä vastaamaan psykiatrisen potilaan keskustelutarpeeseen.

Negatiivisten asenteiden ei arvioitu vaikuttavan hoidon laatuun. Sen sijaan hoitotyön laatuun vaikuttaa potilaslähtöiset tekijät kuten orientoituminen, hankalasti tulkittavien ilmaisujen käyttö sekä hoito-ohjeiden ymmärtämättömyys ja noudattamatta jättäminen. Opinnäytetyössämme tuli vahvasti esille se, että psykiatristen potilaiden laadukasta hoitotyötä vaikeuttaa potilaista lähtöisin olevat syyt, kuten orientoituminen ja huono sitoutuminen hoito-ohjeisiin. Lisäksi hoitajat ar-



vioivat, että psykiatristen potilaiden haitallisiin elintapoihin on vaikea puuttua. Viertiö ym. (2012) toteavat tutkimuksessaan että muun muassa psykoosisairauksia sairastavat ovat usein valmiimpia toteuttamaan elintapamuutoksia kuin hoitohenkilöstö uskookaan. Terveystieteiden tulee siis aktiivisemmin tarjota laadukasta ja ymmärrettävää ohjausta psykiatriselle potilaalle.

Hoitajat arvioivat tarvitsevansa lisäkoulutusta vuorovaikutuksesta psykiatrisen potilaan kanssa, psyykenlääkkeistä ja niiden vaikutusmekanismista sekä tietoa psykiatrisista sairauksista. Havaitimme hoitajien olevan kiinnostuneita syventämään tietojään myös psykiatristen sairauksien vaikutuksista elämään, hoidon tarpeen arvioinnista ja psykiatrisen potilaan kohtaamisesta. Huomasimme, että pitkän työkokemuksen omaavat hoitajat arvioivat tarvitsevansa enemmän lisäkoulutusta vuorovaikutuksesta ja potilaan kohtaamisesta kuin lyhyen työkokemuksen omaavat hoitajat. Havaitimme, että suurin osa hoitajista arvioi tutkintoon johtaneen koulutuksen antaneen puutteelliset valmiudet psykiatrisen potilaan kohtaamiseen. Tässä ei ollut merkittävää vaihtelua eri koulutusasteiden välillä.

Kyselylomakkeessa oli myös mahdollista vastata jokaisen osion jälkeen vapaalla kirjoituksella. Kouluttautumishalukkuutta hoitajilla näyttää olevan erityisesti psyykenlääkkeistä, psykiatrisista sairauksista ja uhkatilanteiden hallinnasta. Hoitajilta tuli myös toiveita työnkierrosta psykiatrisilla osastoilla tai psykiatrisilla osastoilla vierailua. Hoitajat ehdottivat myös kokemuskouluttajan vierailua, käytännön tilanteiden harjoittelua simulaation kautta sekä osastotunnilla annettavaa pieniä muotoisempaa koulutusta. Yksi hoitajista kertoi myös jääneensä koulutuksensa aikana täysin ilman psykiatrista harjoittelujaksoa, joka on hänen mukaansa johtanut puutteellisiin taitoihin psykiatrisen potilaan kanssa.

Lyhyesti voidaan todeta, että hoitajat ovat motivoituneita oppimaan lisää psykiatristen potilaiden kokonaisvaltaisesta hoitamisesta ja siten tarjoamaan potilaille laadukkaampaa hoitoa.

### 7.3 Jatkotutkimushaaste

Opinnäytetyössämme nousi esille se, että psykiatristen potilaiden laadukasta hoitotyötä vaikeuttaa potilaslähtöiset syyt kuten orientoituminen ja huono sitoutuminen hoito-ohjeisiin. Lisäksi psykiatristen potilaiden haitallisiin elintapoihin on vaikea puuttua. Tämän perusteella ehdotamme jatkotutkimusta hoitajien ohjausosaamisen selvittämiseksi sisätautien osastoilla. Potilaslähtöisen hoitotyön näkökulmasta tämän tutkimuksen voisi tehdä osittain myös toisinpäin eli selvittää potilaiden näkemyksiä hoitajien vuorovaikutustaidoista, potilaan kohtaamisesta ja saadusta ohjauksesta.

Sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa yhtenä osana mainitaan vertaisarviointi. Ohjeistuksessa kerrotaan, että sairaanhoitajat ovat yhdessä vastuussa hoitotyön laadusta ja sen kehittämisestä. Samaisessa ohjeistuksessa korostetaan myös muiden ammattilaisten asiantuntemuksen kunnioittamista. (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Annettujen koulutusten jälkeen voisi ottaa osastoilla hoitajien välillä vertaisarvioinnin käyttöön. Lisäksi voisi lisätä yhteistyötä psykiatrian sekä sisätautien osastojen välillä. Yhteistyöllä voitaisiin hyödyntää monen eri ammattilaisen osaamista ja kehittää molempien osapuolten ammatillista osaamista matalalla yhteydenotto kynnyksellä.

Yleisemmällä tasolla voimme todeta, että tietoa löytyy niukasti somatiikan alueella työskentelevien hoitajien valmiuksista kohdata psykiatrinen potilas. Niukka tieto voi kertoa siitä, että kyseessä on melko tutkimaton alue, joka vaatisi enemmän huomiota.

## 8 LÄHTEET

Blanco-Sequeiros, S. & Niemelä, S. Psykiatrian merkitys korostuu sosiaali- ja terveystalouden yhdistyessä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 3.3.2016.

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo12161&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_member=glBPaEkAsVeevCJWuW0MLA](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo12161&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_member=glBPaEkAsVeevCJWuW0MLA)

Cormac, I. & Gray, D. 2012. Essentials of Physical Health in Psychiatry. Glasgow: Bell & Bain Limited

Eduskunnan mielenterveyspoliittisen neuvottelukunnan kannanotto 2014. Viitattu 11.3.2016 <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveyspoliittinen-neuvottelukunta-sote-uudistus-ja-mielenterveys>

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus –hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Viitattu 2.3.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Haho, A. 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 28.3.2014 <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/>

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2014. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos, Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. – 16. osin uudistettu painos, Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2008a. Lääkkeet mielen hoidossa. Viitattu 21.12.2015 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00007](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00007)

Huttunen, M. 2008b. Mielenterveyden häiriöt. Viitattu 21.12.2015 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00002](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002)

Huttunen, M. 2014. Psykoosi (mielisairaus). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 3.1.2016 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00411](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411)

Huttunen, M. 2015a. Monien lääkkeiden käyttö samanaikaisesti. Viitattu 15.2.2016 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00015](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00015)

- Huttunen, M. 2015b. Psykiatrisen potilaan kohtaamisesta. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 3.1.2016  
[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleport-let&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo12163](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleport-let&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo12163)
- Juhola, M. 2014. Psykiatrisen potilaan kohtaaminen sisätautiosastolla. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 16.2.2016  
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/77562/oppari.pdf?sequence=1>
- Kaappola, J. 2009. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen sisätautiosastolla sairaanhoitajien kokemana. Hämeen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 16.2.2016  
[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4589/Kaappola\\_Jaana\\_1.pdf?sequence=3](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4589/Kaappola_Jaana_1.pdf?sequence=3)
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino oy - Juvenes Print
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. 1. – 2. painos, Helsinki: WSOY.
- Kiviniemi, M. 2014. Mortality, disability, psychiatric treatment and medication in first-onset schizophrenia in Finland: the register linkage study. Väitöskirja: Oulu yliopisto. Viitattu 21.12.2015  
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789526206325/isbn9789526206325.pdf>
- Koivusalo, E. 1981. Monimerkityksinen valmius. Kielikello. Viitattu 2.3.2016.  
<http://www.kielikello.fi/index.php?mid=2&pid=11&aid=1233>
- Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 23.9.2015. Viitattu 11.1.2016  
[http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo12166&p\\_haku=%20Mielen%20terveyspotilaan%20somaattinen%20terveys](http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo12166&p_haku=%20Mielen%20terveyspotilaan%20somaattinen%20terveys)
- Korkeamäki, A. 2006. Somaattisten osastojen hoitajien valmiudet kohdata mielenterveyspotilas. Diakonia ammattikorkeakoulu. Porin yksikkö. Opinnäytetyö. Viitattu 20.2.2016  
[http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Pori2006/8ba4dc\\_Somaattistenosastojenhoitajienvalmiudetkohdatamielenterveyspotilas.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Pori2006/8ba4dc_Somaattistenosastojenhoitajienvalmiudetkohdatamielenterveyspotilas.pdf)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 1.1.2016  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lapin sairaanhoitopiiri 2016a. Lapin sairaanhoitopiirin alueen Sote-valmistelu. Sote-valmistelun työalusta. Viitattu 2.3.2016. [http://www.lshp.fi/fi-fi/Ammattilaisille/Perusterveydenhuollon\\_yksikko/Sotevalmistelu](http://www.lshp.fi/fi-fi/Ammattilaisille/Perusterveydenhuollon_yksikko/Sotevalmistelu)
- Lapin sairaanhoitopiiri 2016b. Lapin sairaanhoitopiirissä tehtävien opinnäytetöiden eettinen ohjeistus. Viitattu 21.2.2016 [http://www.lshp.fi/fi-fi/Ammattilaisille/Tutkimustyon\\_ohjaus](http://www.lshp.fi/fi-fi/Ammattilaisille/Tutkimustyon_ohjaus)

- Lapin sairaanhoitopiiri 2016a. Sisätautien vuodeosasto 5A. Viitattu 11.2.2016  
[http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopalvelut/Sisataudit/Osasto\\_5A/Sisatautien\\_vuodeosasto\\_5A\(621\)](http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopalvelut/Sisataudit/Osasto_5A/Sisatautien_vuodeosasto_5A(621))  
)
- Lapin sairaanhoitopiiri 2016b. Sisätautien vuodeosasto 5B. Viitattu 11.2.2016  
[http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopalvelut/Sisataudit/Osasto\\_5B/Sisatautien\\_vuodeosasto\\_5B\(173\)](http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopalvelut/Sisataudit/Osasto_5B/Sisatautien_vuodeosasto_5B(173))  
)
- Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8. uudistettu painos, Helsinki: Sanomapro.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2007. Psykiatria. 5. uudistettu painos, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2014. Psykiatria. Psykiatrinen ja somaattinen sairastavuus. Kustannus Oy Duodecim
- Mattila, K. 2007. Arvostava kohtaaminen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Mediuutiset 2011. Psykiatristen potilaiden somaattiset sairaudet unohtuvat usein. Viitattu 18.12.2015 <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/psykiatristen-potilaiden-somaattiset-sairaudet-unohtuvat-usein-6081253>
- Mielenterveystyön opettajat ja ylihoitajat ry. 1999. Mielenterveystyö ja opetus - matkalla kohti muutosta. Helsinki: Hygieia
- Mielenterveysyhdistys HELMI ry. 2012. Lääkäri ei aina ota mielenterveyskuntoutujan fyysistä sairautta vakavasti - somaattiset oireet sivuutetaan liian usein. Viitattu 5.11.2015  
[http://www.mielenterveyshelmi.fi/kuvat/tiedote\\_22\\_5\\_2012.pdf](http://www.mielenterveyshelmi.fi/kuvat/tiedote_22_5_2012.pdf)
- Mitchell, A., Malone, D. & Doebbeling, C. 2009. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. Viitattu 20.11.2015  
<http://bjp.rcpsych.org/content/194/6/491.full>
- Pietilä, A., Halkoaho, A., Matveinen, M. & Länsimies-Antikainen, H. 2013. Terveyden tasa-arvo ohjaavana periaatteena: arvotyöskentelystä toimintojen suunnittamiseen terveyden edistämisessä. Tutkiva hoitotyö Vol. 11 (1), 36 – 41.
- Rauhala, L. 2014. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Gaudeamus
- Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 2.2.2016  
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Sairaanhoitajaliitto & Fioca. 2012. Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Porvoo: Bookwell Oy.

Sajama, S. 2015. Toisen luokan potilaita. Tehy-lehti 10/2015. Viitattu 5.11.2015  
<http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2015/10-2015/toisen-luokan-potilaat/>

Salokangas, R. 2009. Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. Duodecim. Viitattu 4.11.2015  
[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_ArticlePortlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo97889](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_ArticlePortlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo97889)

Salokangas, R., Helminen, M., Koivisto, A., Rantanen, H., Pirkola, S., Wahlbeck, K. & Joukamaa, M. 2008. Skitsofreniapotilaiden kuolleisuus sairaanhoitopiireittäin. Viitattu 22.12.2015  
<http://ez.lapinamk.fi:2094/cl/laakarilehti/pdf/2008/SLL442008-3759.pdf>

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Edita.

Sote- ja Aluehallintouudistus 2016. Sote-uudistuksen tavoitteet. Viitattu 2.3.2016. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>

Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulu yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 1.3.2016  
<https://www.tsr.fi/tsarchive/files/Uutistori/2006/105245.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a. SOTE-uudistus. Viitattu 2.3.2016.  
<https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/sote-uudistus/kehittaminen-ja-osallisuus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. ASPEN - Ohjelma depressiosta kärsivien ihmisten leimautumisen ja syrjinnän vähentämiseksi. Viitattu 1.12.2015  
<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/aspens-ohjelma-depressiosta-karsivien-ihmisten-leimautumisen-ja-syrjinnan-vahentamiseksi>

Terveyskirjasto 2015. Lääketieteen sanasto. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 4.10.2015  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ltt03190&p\\_teos=ltt&p\\_osio=&p\\_selaus=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03190&p_teos=ltt&p_osio=&p_selaus=)

Tiihonen, J. - Lönnqvist, J. - Wahlbeck, K. - Klaukka, T. - Niskanen, L. - Tanskanen, A. - Haukka, J. 2009. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). Viitattu 4.10.2015 [http://ez.lapinamk.fi:2429/S014067360960742X/1-s2.0-S014067360960742X-main.pdf?\\_tid=87652f8a-6a85-11e5-996b-00000aab0f02&acdnat=1443955924\\_1b3472d12146d7229f5a18c4921e0b3a](http://ez.lapinamk.fi:2429/S014067360960742X/1-s2.0-S014067360960742X-main.pdf?_tid=87652f8a-6a85-11e5-996b-00000aab0f02&acdnat=1443955924_1b3472d12146d7229f5a18c4921e0b3a)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2015. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 6.10.2015 <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. Viitattu 2.1.2016 <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet>

Tuulio-Henriksson, A. 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 5.12.2015 [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero;jsessionid=8AFC869D8D7E3C2FAC6AAFF85B1D354?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo11478](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero;jsessionid=8AFC869D8D7E3C2FAC6AAFF85B1D354?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11478)

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Oy Finn Lectura Ab

Viertiö, S., Perälä, J., Saarni, S., Partti, K., Saarni, S., Suokas, J., Tuulio-Henrikson, A., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2012. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. Viitattu 2.10.2015 [http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto11\\_2.pdf](http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto11_2.pdf)

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 8.2.2016 <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Wahlbeck, K. 2014. Kohtaaminen haastaa mielenterveysongelmien stigmaa. Mielenterveys-lehti 5/2014 Viitattu 21.12.2015 <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-hairiot/kohtaaminen-haastaa-mielenterveysongelmien-stigmaa>

## LIITTEET

- Liite 1. Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus
- Liite 2. Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
- Liite 3. Kyselylomakkeen saatekirje
- Liite 4. Kyselylomake



TUT 51/2015

**OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS**

<b>Hakijan / hakijoiden henkilötiedot</b>	Nimi Pii Kuru Marika Pentti	Henkilötunnus	
	Katuosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö Lapin ammattikorkeakoulu	Hakijan tehtävä/virka-asema opiskelija	
<b>Opinnäytetyön ohjaaja(t)</b>	Nimi Sirkka Havela	Oppiarvo ja ammatti Lehtori	
	Toimipaikka ja osoite Jokiväylä 11, 96300 ROVANIEMI		
	Puhelin 0407371728	Sähköpostiosoite Sirkka.havela@lapinamk.fi	
<b>Toimeksiantaja</b>	Toimeksiantaja Tarja Kainulainen-Liiti, Lapin sairaanhoitopiiri		
	Yhteystiedot 016 328 2091, tarja.kainulainen-liiti@lshp.fi		
<b>Päiväys ja allekirjoitus</b>	Paikka ja päivämäärä Rovaniemi 2.12.15	Allekirjoitus Sirkka Havela	
<b>Luvan myöntäminen</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään		<input type="checkbox"/> Tutkimuslupa evätään
	Perustelut		
<b>Päiväys ja allekirjoitus</b>	Paikka ja päivämäärä Rovaniemi 15.12.15	Allekirjoitus [Signature]	
<b>Myöntämisen ehdot</b>	Myöntämisen ehdot <input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti ja tarvittaessa tutkimuksen tulokset suullisesti <input type="checkbox"/> Hakija vastaa kustannuksista itse, ellei toisin sovita <input type="checkbox"/> Muu ehto TARJA KAINULAINEN-LIITI sähköposti: paimi.pun?@lshp.fi		
<b>Päätöksestä tiedottaminen</b>	<input type="checkbox"/> opinnäytetyön hakijalle/ hakijoille <input type="checkbox"/> ohjaaville opettajille <input type="checkbox"/> yksiköille, jota luvan myöntäminen koskee <input type="checkbox"/> jokin muu, kuka?		

**OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS**

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

<b>Toimeksiantaja</b>	Nimi (esim. yritys) Lapin sairaanhoitopiiri Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Tarja Kainulainen-Liiti, 016 328 2091, tarja.kainulainen-liiti@lshp.fi	
	Työn aihe Psykiatrinen potilas sisätautien osastolla	
<b>Tekijä</b>	Nimi Piia Kuru Marika Pentti	Opiskelijanumero
	Katuosoite	Postinumero   Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite
	Suoritettava tutkinto sairaanhoitaja	Ryhmätunnus RA702H13, RA702H14
<b>Lapin AMK</b>	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Sirkka Havela	Tehtävänimike lehtori
	Toimipaikka ja osoite Jokiväylä 11, 96300 ROVANIEMI	
	Puhelin 0407371728	Sähköpostiosoite sirkka.havela@lapinamk.fi
<b>Toimeksiantosopimuksen ehdot</b>		
<b>Ohjaus</b>	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
<b>Dokumentointi</b>	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
<b>Oikeudet</b>	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohtan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeuden säilyvät voimassa.	
<b>Keksinnöt</b>	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
<b>Vastuut</b>	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
<b>Lisäksi sovitaan</b>	Opinnäytetyö julkaistaan lisäksi Lapin sairaanhoitopiirin intranetissä.	
<b>Salassapito</b>	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	<b>Paikka ja päivämäärä</b>	<b>Allekirjoitus</b>
<b>Toimeksiantaja</b>	Rovaniemi 15.12.15	<i>[Handwritten signature]</i>
<b>Tekijä</b>	Rovaniemi 2.12.2015	<i>[Handwritten signature: Piia Kuru / Marika Pentti]</i>
<b>Lapin AMK</b>	Rovaniemi 2.12.2015	<i>[Handwritten signature: Sirkka Havela]</i>

## OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

### Opinnäytetyösuunnitelman tiivistelmä

<b>Tutkinto, johon tutkimus sisältyy</b>	Sairaanhoitaja
<b>Opinnäytetyön tekijät tekijä(t)</b>	Piia Kuru ja Marika Pentti
<b>Opinnäytetyön nimi</b>	<b>Psykiatrinen potilas sisätautien osastolla</b> Kysely Lapin sairaanhoitopiirin sisätautien osastolla työskentelevien hoitajien valmiuksista kohdata psykiatrinen potilas
<b>Opinnäytetyön tausta</b>	<p>Monet tutkimukset osoittavat, että psykiatrinen sairaus luo suuren eriarvoisuuden ihmisten välille sairastavuuden ja kuolleisuuden osalta. Psykiatrissa sairautta sairastavilla ihmisillä on enemmän kansantauteja, mutta niiden hoito on heikompa verrattuna muuhun väestöön. Syitä tähän on monia; psykiatristen potilaiden elintavat ovat haitallisempia, sairauksiin liittyy negatiivista oireilua ja aloitekyvyttömyyttä sekä kivun ja oireiden tunnistaminen voi olla vaikeaa. Hoitohenkilökunta taas voi ajatella fyysisten oireiden johtuvan psykiatrisesta sairaudesta tai sen lääkityksestä. Lisäksi stigmatisoivat asenteet ja toimintamallit liittyvät psykiatriin sairauksiin vielä tänäkin päivänä, myös terveydenhuollossa.</p> <p>Nykypäivänä myös potilaat kiinnittävät entistä enemmän huomiota siihen kuinka heitä kohdellaan ja otetaanko heitä tosissaan. Puskaradioissa jutut leviävät ja muuttavat helposti muotoaan, joten potilaan ammatillinen kohtaaminen on mielestämme ensiarvoisen tärkeää. Toisaalta myös laki velvoittaa meidät kaikki hoitajina toimimaan tarkoituksen mukaisesti ja potilaan edun mukaisesti, joten aiheelle on myös vankka juridinen peruste.</p> <p>Aihe kiinnostaa meitä suuresti myös siksi, että se tulee koskemaan meitä sairaanhoitajina riippumatta siitä missä tahansa tulemme työskentelemään. Meillä on halu kohdata psykiatrinen potilas ammatillisesti ja tasa-arvoisesti muiden potilaiden tapaan sekä tarjota jokaiselle potilaalle hänen taustastaan riippumatta laadukasta ja tarkoituksenmukaista hoitoa. Tämän perusteella halusimme lähteä tutkimaan millaiseksi sisätautien osaston hoitajat arvioivat oman valmiutensa kohdata psykiatrinen potilas ja millaisia kehitysehdotuksia heillä on hoitotyön kehittämiseksi.</p> <p>Opinnäytetyömme on määrällinen tutkimus, joten pyydämme kohteliaimmin lupaa toteuttaa lomakekysely sisätautien osastoilla 5A ja 5B työskenteleville hoitajille.</p>
<b>Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja mahdolliset tutkimusongelmat</b>	<p><b>Tarkoitus:</b> Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Lapin keskussairaalan sisätautien osastolla työskentelevien hoitajien valmiuksia kohdata psykiatrisen hoitotaustan omaava potilas sekä selvittää millaista lisäosaamista he kokevat tarvitsevansa psykiatrisen potilaan kohtaamiseen.</p> <p><b>Tavoite:</b> Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa hyödyllistä tietoa hoitotyön tueksi psykiatrisen potilaan kohtaamisesta somaattisella osastolla sekä tuoda esiin hoitajien ideoita hoitotyön kehittämiseen.</p> <p><b>Tutkimusongelmat:</b> Millaiseksi hoitajat arvioivat valmiutensa kohdata psykiatrinen potilas somaattisella osastolla? Millaista lisäkoulutusta hoitajat arvioivat tarvitsevansa psykiatristen potilaiden kohtaamiseen?</p>



## OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

<b>Opinnäytetyön alustava aikataulu</b>	Joulukuu 2015: tietoperusta ja kyselylomake valmistuvat Tammikuu 2016: kyselyn toteuttaminen sisätautien osastolle 5A ja 5B Helmikuu 2016: tulosten analysointi ja yhteenveto Maaliskuu 2016: työn jättäminen esitarkastukseen viimeistään 14.3.2016 Huhtikuu 2016: Työn esitys 6-7.4.2016	
<b>Tarvittaessa opinnäytetyön rahoitus, rahoittajat ja budjetti</b>	Tekijät vastaavat kustannuksista. Tulemme arpomaan kyselyyn osallistuneiden ja yhteystietonsa jättäneiden kesken lahjakortin Choco Deli-kahvilaan.	
<b>Päiväys ja allekirjoitus</b>	Paikka ja päivämäärä. <i>Rovaniemi 2.12.15</i>	Allekirjoitus <i>Jukka Kallio</i>

Liitteenä hyväksytty opinnäytetyösuunnitelma (tarvittaessa)

*Pina / Marja Pentti*

## Liite 3

Arvoisa hoitaja!

Opiskelemme Lapin ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi ja työstämme parhaillaan opintojen loppusuoralle kuuluvaa opinnäytetyötä. Aiheemme valikoitui kahden hyvin mielenkiintoisen alan risteyksestä: Psykiatrinen potilas sisätautien osastolla.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata sisätautien osastolla työskentelevien hoitajien valmiuksia kohdata psykiatrisen hoitotaustan omaava potilas sekä tuoda esiin ideoita hoitotyön kehittämiseen. Tavoitteena on tuottaa hyödyllistä tietoa päivittäisen hoitotyön tueksi ja kehittämiseksi.

Ohessa on kyselylomake, jolla keräämme aineistoa opinnäytetyöhömmme. Pyytäisimme siis varaamaan pienen hetken kyselyyn vastaamiseen. Vastauksesi voi olla Choco Delin 10€ lahjakortin arvoinen!

Voit vastata kyselyyn halutessasi myös nimettömänä. Osallistuaksesi arvontaan tulee sinun täyttää kaikki kyselylomakkeen kohdat. Arvonnan suorittamiseksi pyydämme, että jättäisit nimesi, osoitetietosi ja sähköpostiosoitteesi kyselylomakkeen lopussa olevaan arvontakuponkiin, joka irroitetaan kyselylomakkeesta. Lomakkeesta irroitettun kupongin voit pudottaa teidän kahvihuoneessa sijaitsevaan palautuslaatikkoon yhdessä kyselylomakkeen kanssa.

Kyselylomakkeet sekä henkilötiedot saatuaamme säilytämme ne asianmukaisesti lukitussa kaapissa, jotta henkilötiedot eivät pääse ulkopuolisten käsiin. Lopulta hävitämme vastaukset ja henkilötiedot silppurin avulla.

Vastausaika 31.1.2016 asti. Arvonta suoritetaan 7.2.2016. Voittajalle ilmoitetaan sähköpostitse ja lahjakortti postitetaan voittajalle.

Kiitos, vastauksesi on meille arvokas!

Parhain terveisin

Marika Pentti ja Piia Kuru

# Liite 4

Käytämme vastaustaulukkoa- täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 täysin eri mieltä. Vaihtoehtoista numero 1 merkitsee, että olet esitetyn väittämän kanssa täysin eri mieltä ja numero 5 merkitsee, että olet väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Ympyröi valitsemasi vaihtoehto.

## Taustatiedot

### Ikä

-30      31-40      41-50      51-60      61+

### Sukupuoli

Nainen      Mies

### Koulutustaso

Toisen asteen tutkinto      Ammattikorkeakoulututkinto      Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
muu, mikä? \_\_\_\_\_

### Työkokemus

Alle vuoden      1-5 vuotta      6-10 vuotta      Yli 10 vuotta      Yli 15 vuotta

**Osastolla työskennellessäni olen kohdannut mielenterveyshäiriöistä eniten** (numeroi vastauksesi 1-4, 1 eniten ja 4 vähiten)

masennusta \_\_\_\_ skitsofreniaa \_\_\_\_ deliriumia \_\_\_\_  
bipolaarista mielialahäiriötä \_\_\_\_ muuta, mitä? \_\_\_\_\_

### Kohtaan psykiatrisen diagnoosin omaavan potilaan arviolta

Päivittäin      Viikoittain      Kuukausittain      Muutaman kerran vuodessa      Harvemmin

## Kokemukset

1 Täysin samaa mieltä - 5 Täysin eri mieltä

Minulla on paljon kokemusta psykiatristen potilaiden kohtaamisesta työssäni.	1	2	3	4	5
Kokemukseni mukaan psykiatrissa sairautta sairastavilla on enemmän somaattista sairastavuutta.	1	2	3	4	5
Olen aistunut työyhteisössäni negatiivisia asenteita psykiatrisen diagnoosin omaavaa potilasta kohtaan.	1	2	3	4	5
Olen itse tuntenut kielteisiä asenteita psykiatrisia potilaita kohtaan hoitotyötä tehdessäni.	1	2	3	4	5
Olen kokenut riittämättömyyden tunnetta työskennellessäni psykiatrisen potilaan kanssa.	1	2	3	4	5
Kokemukseni mukaan potilaan hoitoa koskevat päätökset tehdään tavallisesti yhteisymmärryksessä psyykkisesti sairaan potilaan kanssa.	1	2	3	4	5
Koen että psyykkisen voinnin huomioiminen somaattisen hoidon ohella on helppoa.	1	2	3	4	5
Vapaat kommentit:					

## Kohtaaminen

Psykiatriset potilaat kohdataan samalla tavalla kuin muutkin osaston potilaat.	1	2	3	4	5
Psykiatrisen potilaan kohtaaminen on haastavampaa kuin muiden potilaiden.	1	2	3	4	5
Psykiatrisen potilaan kohtaaminen vaatii enemmän aikaa kuin muiden potilaiden kohtaaminen.	1	2	3	4	5
Psykiatrisen potilas on haasteellinen hoidettava hänen tarvitsemansa runsaan henkisen tuen ja	1	2	3	4	5

kannustuksen antamisen vuoksi.	
Psykiatrisen potilaan kohtaaminen herättää minussa pelon tunteita.	1 2 3 4 5
Kommunikointi on haasteellista psykiatrisen diagnoosin omaavan potilaan kanssa.	1 2 3 4 5
Sanaton viestintä on mielestäni tärkeää jokaisen potilaan kohtaamisessa.	1 2 3 4 5
Vapaat kommentit:	

Tutkimusten mukaan psykiatrisen diagnoosin omaava potilas saa heikompaa hoitoa kuin muut potilaat, mistä se johtuu mielestäsi.

Potilaasta johtuvat:

Laadukkaan hoidon antamista vaikeuttaa se, että potilas ei ole aikaan ja paikkaan orientoitunut.	1 2 3 4 5
Potilas käyttää hankalasti tulkittavissa olevia ilmaisuja oireilleen.	1 2 3 4 5
Potilas vähättelee somaattisia oireitaan.	1 2 3 4 5
Potilas liioittelee somaattisia oireitaan.	1 2 3 4 5
Psykiatrinen potilas ei noudata hoito-ohjeiden mukaista itsehoitoa.	1 2 3 4 5
Psykiatrisen potilaan on vaikea ymmärtää hoito-ohjeita.	1 2 3 4 5
Psykiatrinen potilas yleensä vastustaa hoitotoimenpiteitä.	1 2 3 4 5
Psykiatrisen potilaan epäsuotuisat elintavat vaikeuttavat potilaan laadukasta hoitoa.	1 2 3 4 5
Psykiatrinen diagnoosi koetaan häpeänä ja se vaikeuttaa potilaan toimintakykyä.	1 2 3 4 5
Vapaat kommentit:	

Työyhteisöstä tai osaamisesta johtuvat:

Psykiatrisen potilaan kertomia oireita ei oteta todesta.	1 2 3 4 5
Somaattisen oireen sivuuttaminen psykiatrisen diagnoosin saaneen potilaan kohdalla on tavallista.	1 2 3 4 5
Somaattisten oireiden katsotaan johtuvan psyykenlääkkeistä.	1 2 3 4 5
Psyykkisesti sairaan haitalliseen terveyskäyttäytymiseen on vaikea puuttua.	1 2 3 4 5
Osastollani ei ole tarpeeksi aikaa keskustella psykiatrisen potilaan kanssa.	1 2 3 4 5
Osastollani ei ole tarpeeksi osaamista keskustella psykiatrisen potilaan kanssa.	1 2 3 4 5
Työyhteisössä tavatut negatiiviset asenteet psykiatrista potilasta kohtaan vaikuttavat hoitoon.	1 2 3 4 5
Vapaat kommentit:	

Osaamisen arviointi:

Koulutukseni on antanut riittävät valmiudet kohdata psykiatrinen potilas.	1	2	3	4	5
Hallitsen psykiatriset sairaudet ammattini vaatimalla tavalla.	1	2	3	4	5
Olen saanut riittävästi koulutusta uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen.	1	2	3	4	5
Tunnen yleisimmät psyykenlääkkeet.	1	2	3	4	5
Koen hallitsevani yleisimpien psyykenlääkkeiden vaikutusmekanismien.	1	2	3	4	5
Koen tunnistavani yleisimpien psyykenlääkkeiden haittavaikutukset.	1	2	3	4	5
Koen hallitsevani yleisimpien psyykelääkkeiden yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa.	1	2	3	4	5
Koen hallitsevani tärkeimmät potilaan hoitoon liittyvät lait.	1	2	3	4	5

Lisäosaamisen tarve:

Tarvitsen täydennyskoulutusta vuorovaikutuksesta psykiatrisen potilaan kanssa.	1	2	3	4	5
Tarvitsen täydennyskoulutusta psyykenlääkkeistä.	1	2	3	4	5
Tarvitsen lisäkoulutusta psykiatrisen potilaan somaattisen hoidon tarpeen arviointiin.	1	2	3	4	5
Tarvitsen lisäkoulutusta psykiatrisen potilaan kohtaamiseen.	1	2	3	4	5
Tarvitsen täydennyskoulutusta vuorovaikutuksesta psykiatrisen potilaan kanssa.	1	2	3	4	5
Tarvitsen koulutusta psykiatristen sairauksien vaikutuksesta potilaan elämään.	1	2	3	4	5

Miten mielestäsi ammatillista osaamistasi psykiatrisen potilaan kohtaamisessa ja hoitamisessa voitaisiin kehittää?

Kiitos vastauksistasi!